Rok LI. Kraków, dnia 17. lutego 1912. Nr 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Kilka uwag w sprawie techniki i wyników cesarskiego cięcia nadłonowego

podał

Dr Adam Czyżewicz.

(Według wykładu na XI. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Sekcya ginekologiczna).

(Ciąg dalszy).

III. L. p. 288, 1808/9 M. T., 38-letnia żona robotnika z Mostków, przyjęta 2. stycznia 1909 o 10 rano. Rodziła 4 razy, zawsze bardzo ciężko nieżywe płody. Ostatni poród przy pomocy wymóżdżenia w lutym 1905. Daty ostatniego peryodu i ruchów nie pamięta. Bole porodowe zaczęły się 1. stycznia wieczorem, poczem po zbadaniu wewnętrznem przez wiejską babkę, zgłosiła się rodząca do szpitala. Badanie wykazało lichą budowę i złe odżywienie. Ciepłota 38·2, tętno 124 na min. słabo napięte, twarz zapadła, kończyny dolne zimne, brzuch wzdęty, macica położona głównie po prawej stronie brzucha, stale obkurczona, składająca się z 2 części: górnej, grubej i twardej, silnie obkurczonej, i dolnej, leżącej więcej na lewym talerzu biodrowym o cienkich ścianach, prawie się nie kurczących, przez które czuć bardzo dokładnie główkę płodu. Granica między niemi (pierścień skurczowy) leży na wysokości 2 palców poniżej pępka i przebiega od strony lewej i góry ku prawej i dołowi. Płód w położeniu czaszkowem pierwszem zaklinowanem, żywy; część pochwowa zanikła, ujście zewnętrzne zupełnie rozwarte. Odchodzi woda zmieszana ze smółką. Miednica krzywicza, znacznie zwężona, podobna do miednicy przy zmięknieniu kości (pelvis pseudo-osteomalacica). Jej wymiary są:

D. spin.	19	cm.
D. crist.	20	»
D. troch.	24	»
C. ext.	18	»
C. diag.	$7^1/_2$	»
C. vera (Bylicki)	$5^1/_2$	»

Długość dzióba po prawej $4^1/_2$ cm., po lewej 6 cm., największa szerokość dzióba 5 cm.

Wobec powyższego zwężenia jedyną możliwością rozwiązania było cięcie cesarskie, wobec zaś porodu zaniedbanego i wyraźnych objawów istniejącego już zakażenia, odpadał sposób wykonania cięcia cesarskiego klasycznego, sposób Sellheima i Pfannenstiela, pozostawał jedynie sposób Frommego lub przetoka maciczna brzuszna Sellheima. Wybrano pierwsze z nich.

W spokojnem uśpieniu chloroformowem przy ułożeniu zwisłem według Trendelenburga, poprowadzono cięcie w linii środkowej, sięgające ku górze na 2 palce niżej pępka, ku dołowi zaś do spojenia łonowego. Po rozsunięciu mięśni prostych otwarto jamę brzuszną cięciem środkowem. W ranę wstawia się macica, na której widać bardzo wyraźnie pierścień skurczowy. Nad nim obkurczona, gruba ściana, pod nim ściana tak cienka, że wydaje się, jakby główka pokryta była tylko otrzewną. Pęcherz wystercza nad spojenie na 11 cm. Otrzewna przechodzi nań z przedniej ściany brzusznej, pokrywa jego przednią ścianę na przestrzeni $7^1/_2$ cm., dno i ścianę tylną na przestrzeni $3^1/_1$ cm. Następnie zagina się na macicę, leży wolno na jej dolnym odcinku na przestrzeni 4 cm., poczem w okolicy pierścienia skurczowego zrasta się silnie z jej ścianą. Poniżej zatoki pęcherzowo-macicznej jest jeszcze ściana macicy utrzymana na przestrzeni 7 cm., aż do brzegu rozwartego zupełnie ujścia zewnętrznego, poczem wprost przechodzi w ścianę pochwy. Długość więc ściany dolnego odcinka po odsunięciu pęcherza wynosi od pierścienia skurczowego do brzegu ujścia 11 cm. Tylna ściana pęcherza pokryta jest w górze otrzewną na przestrzeni $3^1/_2$ cm., poczem na przestrzeni 7 cm. stoi w luźnym związku ze ścianą dolnego odcinka.

Po otoczeniu kompresami pola operacyjnego nacięto otrzewnę maciczną w linii środkowej i odsunięto w dół pęcherz moczowy. Dla uzyskania otworu, odpowiadającego mniej więcej główce płodu, musiano otrzewnę naciąć nieco powyżej pierścienia skurczowego, poczem połączono ciągłym szwem katgutowym brzegi przeciętej otrzewnej macicznej i ściennej, wyłączając przez to wolną jamę brzuszną. Następnie nacięto w linii środkowej ścianę dolnego odcinka macicy, przyczem, nie chcąc dochodzić aż do samej pochwy, przecięto pierścień skurczowy na 1 cm. w górę. Powstał wskutek tego otwór 11 cm. długi, niedochodzący na 1 cm. do brzegów ujścia zewnętrznego. Krwawienia dotąd nie było. Po przecięciu ściany macicy brzegi rany prawie się nie rozchodzą, dopiero przy następnym bolu naciskająca główka rozsuwa je na $1-1^1/_2$ cm.

Wobec niebezpieczeństwa grożącego matce i płodowi, założono kleszcze Madurowicza i wydobyto płód, przyczem główka i barki z trudnością tylko przeszły przez otwór. Szew łączący blaszki otrzewnej nie puścił nigdzie, tak, że poród płodu i odpływ cuchnącej wody odbyły się zewnątrzotrzewnie.

Po porodzie płodu pozostaje dolny odcinek bez zmiany i nie kurczy się wcale; wnętrze jego jest pokryte brudnoszarym nalotem, silnie trzymającym się ściany (endometritis necrotica); macica kurczy się leniwo, mimo wstrzyknięcia ergotyny.

W dwie do trzech minut po porodzie płodu silny krwotok przez ranę. Zabieg Credégo nie udaje się. Wobec tego wydobyto ręką łożysko. Pomimo tego i mimo nacierania macicy nie kurczy się ona zupełnie, tworząc worek, sięgający prawie do wysokości łuków żebrowych. Za-

ledwie gdzieniegdzie w trzonie wyczuć można skurcze pojedynczych włókien mięśni. Wobec takiego stanu nie pozostawało nic innego, jak usunięcie całej macicy. Po zatkaniu tamponem otworu w jej dolnym odcinku, puszczono szew otrzewny, wyciągnięto macicę przed powłoki brzuszne, podwiązano jej boczne więzadła i tętnice i odcięto ją nadpochwowo sposobem Fritscha, tamponując równocześnie pochwę gazą vioformową; nad tem zamknięto jamę brzuszną, zostawiając seton w dolnym biegunie rany. Operacya trwała 55 minut.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy. 16 stycznia wypuszczono pacyentkę jako zdrową do domu.

Płód donoszony, żywy, choć ciężko omdlały, żył przez tydzień, 8. stycznia umarł na atrofię.

IV. L. p. 347, 1908/9. P. N. 38-letnia żona robotnika z Kulparkowa, przyjęta 23 stycznia 1909. Rodziła 4 razy, zawsze prawidłowo, ostatni raz przed 3 laty. Ostatnią regularność miała w lipcu 1908, daty ruchów płodu nie pamięta. Od lata skarży się na ból w kościach, od listopada 1908 straciła władzę w nogach. Badanie wykazało: Chora wynędzniała, licho zbudowana, nie może chodzić, a w łóżku porusza się z wielką trudnością. Mostek, żebra, kości udowe i miednica przy ucisku podatne i bardzo bolesne, inne kości klinicznie bez zmian. Kręgosłup wygięty, tak, że łuk żebrowy prawie dotyka górnego brzegu kości biodrowych, wskutek tego brzuch znacznie wydęty i obwisły. W płucach objawy rozlanego nieżytu oskrzelowego. Serce usunięte do góry, przepona wysoko ustawiona. Macica przy końcu ciąży, płód żywy, znacznie ruchomy. Część pochwowa utrzymana, wewnętrzne ujście zamknięte. Miednica typowa dla zmięknienia kości z wchodem kształtu liścia koniczyny; jej wymiary wynoszą:

D. spin.	19 cm.
D. crist.	23 »
D. troch.	25 »
C. ext.	18 »
C. diag.	11 »
C. vera (Bylicki)	$9^1/_2$ »

Długość dzióba 5 cm., szerokość dzióba $2^1/_2$ cm., wymiar prosty wchodu zdatny do porodu (con. vera — długość dzióba) równa się $4^1/_2$ cm. Wymiar prosty wychodu 9 cm., wymiar poprzeczny wychodu $6^1/_2$ cm.

Wobec braku jeszcze czynności porodowej i czasu, który pozostawał do końca ciąży, starano się wpłynąć leczniczo na zmięknienie kości zapomocą wstrzykiwań podskórnych adrenaliny według zasad podanych przez Bossiego. W ciągu ośmiu dni wstrzyknięto w ten sposób ogółem $4^1/_2$ cm^3 rozczynu adrenaliny 1—1000 (takamine Parke-Dawis). Polepszenie bardzo dobrze widoczne. Dalszych wstrzykiwań musiano jednak zaprzestać ze względu na groźne zaburzenia występujące po wstrzykiwaniach. Przy następowem podawaniu fosforu stan chorej pozostał bez zmiany. 6. marca po dreszczu wystąpiła gorączka 39^0, a badanie wykazało zapalenie dolnego płatu prawego płuca, co w połączeniu z rozlanem zapaleniem obustronnem oskrzeli i uciskiem od strony przepony wywołało duszność bardzo znaczną. 7. marca o godz. 7. wieczór pękł pęcherz płodowy jeszcze bez wyraźnych bolów porodowych i odpłynęły wody. Gdy jednak pomimo to duszność zwiększała się ciągle, okazało się koniecznem rozwiązanie »ex indicatione vitali«. Wśród gorączki 40^0 przystąpiono o godz. $^1/_2$-9 wiecz. do operacyi. W spokojnem powierzchownem uśpieniu chloroformowem w ułożeniu zwisłem Trendelenburga, poprowadzono cięcie w linii środkowej, sięgające ku górze na 2 palce niżej pępka, ku dołowi do spojenia łonowego. Po rozsunięciu mięśni prostych wstawia się w ranę pęcherz moczowy. Wypełniony 150 cm^3 rozczynu boru, wystercza na 7—8 cm. nad spojenie łonowe. Otrzewna pokrywa jego przednią ścianę na przestrzeni 3—$3^1/_2$ cm., dno i ścianę tylną na przestrzeni około 2 cm., poczem zagina się ku górze i o 3 cm. wyżej zrasta się ściśle ze ścianą macicy w miejscu pierścienia skurczowego. Dolny odcinek długości 11 cm. jest w górnych 3 cm. pokryty otrzewną, luźnie z nim połączoną, w dolnych zaś 8 cm. przylega luźnie do ściany pęcherza moczowego.

Po odsłonięciu pęcherza odsunięto go bez żadnych trudności na prawo (sposobem Latzki), nie naruszając związku otrzewnej z dnem, przyczem prócz nieznacznego krwawienia z naddartej żyły, łatwego do opanowania, nie ma żadnych powikłań. Następnie odsunięto załamek otrzewnej ku górze i w linii środkowej nacięto dolny odcinek macicy cięciem 10 cm. długiem, zaczynającem się prawie od pierścienia skurczowego, a kończącem na 1 cm. wyżej ujścia zewnętrznego. Po nacięciu brzegi rany prawie się nie rozchodzą.

Teraz wydobyto łatwo płód, znaleziony w położeniu miednicowem; po jego urodzeniu macica obkurcza się w trzonie, podczas gdy dolny odcinek pozostaje bez zmiany. W minutę później wypełnia on się krwią, napływającą obficie z jamy macicy wobec bardzo leniwych kurczeń się trzonu, mimo wstrzyknięcia ergotyny. Gdy zabieg Credégo nie wiedzie do celu, wydobyto łożysko ręką, a gdy miesienie trzonu stosunków nie polepsza, wytamponowano całą jamę macicy gazą vioformową, przeciągając jej koniec do pochwy. Przez cały ten czas zachowywał się dolny odcinek zupełnie biernie.

Nad gazą połączono brzegi rany macicznej szeregiem katgutowych szwów węzełkowych i ciągłym szwem pokrywającym, poczem wprowadzono trochę gazy w okolicę oddzielonego pęcherza moczowego i zamknięto powłoki brzuszne.

Operacya trwała 48 minut. Po operacyi podmiotowo znaczna ulga. Pomimo to jednak stan płuc się nie polepsza, a gorączka nie opada. Następnego dnia o godzinie 4 popoł. chora umarła.

Sekcya (Doc. Dr Nowicki) wykazała: »Status post sectionem caesaream extraperitonealem cervicalem lege artis factam. Tamponada uteri et cavi cervicis. Bronchiectases congenitales totius lobi inferioris pulmonis sinistri. Hyperaemia et emphysema pulmonis dextri. Bronchopneumonia dispersa pulmonis dextri. Tumor lienis acutus. Degeneratio parenchymatosa organorum. Myocarditis chronica fibrosa papillaris. Osteomalacia. Medulla ossis rubra».

Ze szczegółowego protokołu sekcyjnego wyjmuję najważniejsze części.

Płuco lewe zapomocą zrostów dość zbitych w tylnej części do klatki piersiowej przyczepione. Płuco to małe, górny jego płat o brzegach zaokrąglonych, zabarwienia szarawego, zbitości puszystej. Cały dolny płat konsystencyi skórzastej, na przekroju nie zawiera powietrza i składa się z jam, wyścielonych błoną śluzową, łączących się ze sobą. Błona śluzowa wyścielająca jamy jest ciemno-szara, pokryta śluzem z małą domieszką ciałek ropnych. Płuco prawe, wolne, nieprzyrośnięte, duże, brzegi wyraźnie zaokrąglone, na przekroju wylewa się ciecz pienista. Błona śluzowa oskrzeli pokryta śluzem z nieznaczną domieszką ropy.

Jama brzuszna: Otrzewna gładka, lśniąca, w dolnej części widać jelita cienkie, po których odchyleniu przedstawia się macica, sięgająca powyżej pępka, nachylona na stronę prawą. W przedniej części brzucha pod mięśniami zewnątrzotrzewnie, jama wypełniona gazą. Otrzewna nie otwarta. Po wyjęciu macicy widać, że pęcherz jest w tylnej swej części odłuszczony od strony lewej i przesunięty na prawą, wierzchołek trzyma się w odpowiedniem miejscu. Po jego otwarciu błona śluzowa zmian nie przedstawia. Moczowód lewy na całej przestrzeni drożny, daje się z niego wycisnąć płyn lekko mętnawy, taksamo moczowód prawy. W przedniej części szyjki macicy znajdują się szwy, założone po cięciu chirurgicznem. Długość cięcia 8·80 cm. Błona śluzowa szyjki i macicy przedstawia zwykłe zmiany porodowe.

Przypadek powyższy, wykazujący dowodnie, że cesarskie cięcie zewnątrzotrzewne sposobem Latzki możliwe jest nietylko podczas porodu, ale i przy końcu ciąży, nie może naturalnie obciążać statystyki operacyjnej, gdyż operowany ze wskazań życiowych w nadzwyczaj ciężkim stanie ogólnym skończył się śmiertelnie bez związku z operacyą, ściśle mówiąc nawet pomimo niej. Zapalenie płuc u osoby, która wobec zmian wrodzonych miała i tak tylko jedno płuco czynne, przy równoczesnym ucisku narządów klatki piersiowej wskutek zmian w kościach i powiększenia brzucha, musiało się naturalnie skończyć śmiercią bez względu na sposób postępowania.

Płód w przypadku powyższym prawie donoszony, wagi 2900 gram dług. 49 cm., wydobyto żywy, choć ciężko omdlały. Dał się utrzymać przy życiu.

V. L. p. 532, 1908/9. H. S. 36-letnia żona rębacza ze Lwowa. Przyjęta 26 marca 1909 o godz. 9. rano. Rodziła 5 razy. Pierwsze cztery razy przy pomocy lekarskiej, płody martwe, ostatni raz po przecięciu prawej kości łonowej, płód żywy. Zgłasza się jako rodząca od około 12 godz. po pęknięciu pęcherza płodowego. Badanie wykazało: Chora wątła, źle odżywiona, ciepłota 37·4°, tętno 96 na minutę. Płód żywy w położeniu czaszkowem drugiem, nieustalonem, pochwa krótka, w jej górnej połowie rozległe twarde blizny, położone szczególnie od przodu i po stronie prawej, zrośnięte z kością. Pochwa ku górze lejkowato zwężona, przechodzi w zaledwie zaznaczoną część pochwową z głębokim wrębem po stronie prawej, łączącym się z blizną pochwową. Ujście zewnętrzne zamknięte, o brzegach bardzo twardych, bliznowatych. Nad spojeniem łonowem po stronie prawej blizna wielkości dużej fasoli zrosła z kością, pod nią na kości łonowej czuć miejsce przecięcia linijne niezgrubiałe, w jego środku na przestrzeni około 1. cm. rozstęp kości na 2—3 cm.

Wobec przebiegu ostatniego porodu, pomimo istniejącego już stanu podgorączkowego, postanowiono czekać na razie, gdy jednak do wieczora poród nie postępował, ujście stale było zamknięte, wystąpiły dreszcze, ciepłota podniosła się do 38·7°, a pierścień skurczowy wystąpił wyraźnie na 3 palce nad spojeniem łonowem, okazała się konieczność rozwiązania. Z powodu rozległych blizn w pochwie i szyi macicy nie można było myśleć o ponownem przecięciu kości łonowej, rozszerzeniu ujścia i cesarskiem cięciu pochwowem. Z tych samych przyczyn nie można było wykonać pomniejszenia główki płodu, choć ten już nie żył podówczas. Cesarskie cięcie klasyczne było wobec wyraźnych objawów zakażenia zanadto ryzykownym zabiegiem tak, że jedyne szanse powodzenia dawało cięcie cesarskie nadłonowe. Wykonano je o godz. $7^1/_4$ wieczorem (Dr Kalmus-Schneidrowa). W spokojnem uśpieniu chloroformowem, w ułożeniu zwisłem według Trendelenburga poprowadzono w linii środkowej cięcie, sięgające ku górze na 2 palce poniżej pępka, ku dołowi do spojenia łonowego. Po rozsunięciu mięśni prostych widać pęcherz, wypełniony 100 cm³ rozczynu kwasu borowego, sięgający dnem na 10 cm. nad spojenie łonowe. Otrzewna zachodzi na pęcherz od przodu na 2 cm., pokrywa jego dno i tylną ścianę na przestrzeni 7 cm. i zagina się na macicę, z którą zrasta się ściśle o 8 cm. powyżej, w miejscu pierścienia skurczowego. Postępując według zasad Latzki, odpreparowano lewy bok pęcherza i odsunięto go łatwo na prawo, załamek zaś otrzewnej ku górze, wskutek czego odsłania się wygodnie dostępna przednia ściana dolnego odcinka i sklepienie pochwowe. Nacięto ją w linii środkowej w długości 10 cm., przyczem krwawi z przeciętego naczynia w górze rany od strony prawej. Krwawienie to łatwo opanowano. Rana maciczna prawie się nie rozchodzi, pod nią widać główkę płodu nieustaloną. Kleszczami Hohla wydobyto płód martwy, bez żadnych trudności i bez naddarcia rany. Po jego porodzie widać wyraźnie dolny odcinek, nie kurczący się wcale, jako torbę wielkości głowy dziecka. U góry jego wejście do właściwej jamy macicy, ograniczone pierścieniem skurczowym, do którego wyłącznie dochodzi cięcie, u dołu zamknięte ujście zewnętrzne oddalone o 1 cm. od dolnego bieguna cięcia. W ujście to włożono kleszczyki i rozszerzono powoli do wielkości guldena. Podczas tego trzon macicy kurczy się nieźle i krwawienia nie ma, dopiero w 7 minut po porodzie dziecka występuje obfity krwotok z jamy macicy, zalewający pole operacyjne, a trzon rozkurcza się mimo wstrzyknięcia ergotyny. Gdy zabieg Credégo nie wiedzie do celu, wydobyto łożysko ręką, poczem wypełniono całą macicę szczelnie gazą vioformową, przeprowadzając jej koniec do pochwy. Następnie zeszyto ranę w szyi macicy szeregiem katgutowych szwów węzełkowych i ciągłym szwem pokrywającym. W końcu zamknięto ranę w powłokach brzusznych, pozostawiając seton z gazy vioformowej. Operacya trwała 68 minut.

Po operacyi stan ciężki, dalszy jednak przebieg prawidłowy, prócz stanu podgorączkowego, utrzymującego się przez 9 dni. 30 kwietnia wypuszczono pacyentkę jako zdrową do domu.

VI. L. p. 583, 1908/9. M. W., 35-letnia żona kolportera ze Lwowa, przyjęta 13. kwietnia 1909 o godz. 4. pop. Rodziła 3 razy płody martwe, zawsze przy pomocy lekarskiej, ostatni raz w 1906 r. po nieudałem, z powodu zranienia pęcherza, cięciu przyłonowem. Ostatni peryod skończyła 30 czerwca 1908 r., ruchy poczuła 19 listop. 1908 r. Jako dzień zastąpienia podaje 7 lipca 1908 r. Bole od 2 godzin. Badanie wykazało: Osoba licho zbudowana i odżywiona, w początku I. okresu porodu z położeniem płodu czaszkowem, drugiem, nieustalonem, zanikłą częścią pochwową i ujściem na 5 koron rozwartem. Miednica płaska, jej wymiary wynoszą:

D. spin.	23	cm.
D. crist.	27	»
D. troch.	32	»
C. ext.	19	»
C. diag.	9	»
C. vera (Bylicki)	$7^1/_2$	»

Wobec przebiegu poprzednich porodów przystąpiono odrazu do wykonania cięcia cesarskiego. W spokojnem uśpieniu chloroformowem, w położeniu zwisłem Trendelenburga, po wypełnieniu pęcherza 100 cm³ rozczynu kwasu borowego, poprowadzono cięcie w linii środkowej od pępka do spojenia łonowego (Dr Hermelin). Po rozsunięciu mięśni prostych widać pęcherz, wysterczający 5 cm. nad spojenie łonowe. Otrzewna zachodzi na 3 cm. na jego przednią ścianę, pokrywa dno i ścianę tylną na przestrzeni $1^1/_2$ cm., poczem na przestrzeni 5 cm. leży luźnie na dolnym odcinku macicy, z którym zrasta się powyżej w miejscu pierścienia skurczowego. Dolny odcinek słabo wykształcony, o ścianach grubości 2—4 mm., jest w górnych 5 cm. pokryty otrzewną, w dolnych 6 cm. (aż do ujścia zewnętrznego) przytyka bezpośrednio do tylnej ściany pęcherza.

Z całą łatwością odsunięto pęcherz na prawo, a załamek otrzewnej ku górze, przez co odsłonięto bezkrwawo przednią ścianę macicy, nacięto ją w linii środkowej, zaczynając od pierścienia skurczowego, a kończąc 2 cm. ponad ujściem zewnętrznem. Powstał więc otwór 9 cm. długi, którego brzegi nie rozszerzają się zupełnie. W górze tego cięcia krwawi z 2 naczyń. Po obszyciu ich nie ma już krwawienia aż do końca operacyi.

Wstawiającą się główkę wydobyto kleszczami Madurowicza, przyczem naddarła się rana maciczna w górnym biegunie na $^1/_2$ cm., wskutek czego pękła otrzewna na poprzek na przestrzeni 8—9 cm. Pęknięcie to zeszyto zaraz ciągłym szwem katgutowym.

Po porodzie dziecka, pod wpływem ergotyny obkurcza się trzon doskonale, podczas gdy dolny odcinek pozostaje bez zmiany. Po 8 min. wygnieciono łożysko sposobem Credégo, poczem mimo braku krwawienia wypełniono

macicę gazą vioformową, przeprowadzając koniec jej do pochwy. Następnie zeszyto ranę maciczną szeregiem węzełkowych szwów katgutowych i ciągłym szwem pokrywającym. W końcu zamknięto ranę w powłokach brzusznych, pozostawiając sączek w dolnym jej biegunie.

Operacya trwała 77 minut.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy. 11 maja wyszła pacyentka do domu z macicą prawidłowo zwiniętą, w przodozgięciu, nieco uniesioną ku górze, przyrosłą swą szyją do blizny pooperacyjnej.

Płód donoszony, żywy, wagi 2960 gram., dług. 47 cm., utrzymano przy życiu.

VII. L. p. 998, 1908/9. M. S. 21-letnia żona zarobnika z Gajów, przyjęta 19 sierpnia 1909 o godz. 4. pop. Rodziła raz przed półtora rokiem kleszczowo martwy płód, poczem przebyła 2-miesięczne zakażenie połogowe. Ostatni peryod w początkach grudnia 1908 r., ruchy poczuła w końcu marca 1909 r. Badanie wykazało: Karlica wzrostu 120 cm., miernie odżywiona, przy końcu ciąży, z żywym płodem, w położeniu czaszkowem pierwszem, nieustalonem. Czynności porodowej brak. Miednica ogólnie zwężona, jej wymiary są następujące:

D. spin.	20 cm.
D. crist.	21 »
D. troch.	28 »
C. ext.	15 »
C. diag.	$10\frac{1}{2}$ »
C. vera (Bylicki)	$8\frac{1}{2}$ »
Wymiar prosty wychodu . .	8 »
» poprzeczny	8 »

Chorą pomieszczono na oddziale ciężarnych. Zgłosiła się na salę porodową 21 sierpnia o 8 rano podając, że już od 6 godzin ma bole porodowe. Badanie wykazało ujście zupełnie rozwarte, wobec czego odrazu przystąpiono do operacyi. W spokojnem uśpieniu chloroformowem, w ułożeniu zwisłem Trendelenburga, po wypełnieniu pęcherza moczowego, nacięto skórę i powięź brzuszną łukowato poprzecznie, według Pfannenstiela. Po odsunięciu powięzi ku górze, a rozsunięciu mięśni prostych w linii środkowej, widać pęcherz, wysterczający 5 cm. ponad spojenie łonowe, położony więcej od strony prawej. Otrzewna zachodzi wprost na jego dno, pokrywa następnie tylną ścianę na przestrzeni 5 cm., zagina się ku górze i leży luźno na dolnym odcinku, z którym zrasta się o 11 cm. powyżej. Poniżej tego głębokiego załamka pozostaje zaledwie 1 cm. odległości do ujścia zewnętrznego.

Odpreparowanie lewego brzegu pęcherza nie udaje się, a natomiast naddziera się przytem otrzewna, wskutek czego postanowiono operować dalej sposobem Pfannenstiela. Otwarto więc w linii środkowej otrzewnę ścienną i maciczną i nacięto dolny odcinek w długości 11 cm., zaczynając od pierścienia skurczowego, kończąc na 1 cm. wyżej ujścia. W ranę wstawia się nienaruszony pęcherz płodowy, a po jego przebiciu ruchoma główka. Podłożono pod nią rękę i wydobyto uciskiem na dno macicy.

Pod wpływem ergotyny kurczy się prawidłowo trzon, szyja zaś pozostaje bez zmiany. W 3 min. po porodzie dziecka, wobec krwawienia z jamy macicy, wyciśnięto łożysko sposobem Credégo, poczem wypełniono jamę macicy gazą vioformową. W końcu zeszyto ranę dolnego odcinka szeregiem węzełkowych szwów katgutowych i ciągłym szwem pokrywającym i zamknięto otwór w powłokach brzusznych, bez sączka. Operacya trwała 41 minut.

Przebieg pooperacyjny prócz stanu podgorączkowego i jednodniowej gorączki 39·4°, prawidłowy. Rana zgojona doraźnie, pacyentka wyszła 18 września jako zdrowa, z prawidłową macicą w przodozgięciu bez wykazalnych zrostów.

Płód żywy, donoszony, wagi 2880 gram., długości 48 cm., utrzymany przy życiu.

VIII. L. p. 1023, 1908/9. E. B., lat 33, z Lubienia wielkiego, przyjęta 25 sierpnia 1909 o godz. 9 rano. Rodziła 3 razy; pierwszy raz w roku 1904 kleszczowo, płód martwy, drugi raz w roku 1906 przy pomocy wymóżdżenia, trzeci raz 3. kwietnia 1907 r. płód żywy za pomocą cięcia cesarskiego. Ostatni peryod 2—5 grudnia 1908 r., ruchy poczuła 10 kwietnia 1909 r. Badanie wykazało: Noga lewa krótsza z powodu zmian w stawie kolanowym na tle zadawnionego zwichnięcia, na brzuchu blizna w linii środkowej. W powiększonej macicy płód żywy, w położeniu czaszkowem drugiem, nieustalonem. Część pochwowa utrzymana. Oba ujścia drożne dla palca. Miednica skośnie zwężona tak, że lewa strona jest znacznie mniejsza; jej wymiary wynoszą:

D. spin.	24 cm.
D. crist.	27 »
D. troch.	32 »
C. ext.	$16\frac{1}{2}$ »
C. diag.	9 »
C. vera (Bylicki)	7 »

10 września o godz. 8. wiecz. wystąpiły bole porodowe. W $4\frac{1}{2}$ godz. później, przy ujściu na guldena rozwartem i utrzymanym pęcherzu przystąpiono do wykonania cięcia cesarskiego. W spokojnem uśpieniu chloroformowem i ułożeniu zwisłem według Trendelenburga, przecięto powłoki brzuszne w linii środkowej na $\frac{1}{2}$ cm. na lewo od blizny, zaczynając na 2 palce poniżej pępka, a kończąc tuż nad spojeniem łonowem. W miejscu tem tuż pod skórą napotyka się twardą bliznę, wśród której widać tu i owdzie pojedyncze włókna mięsne. Mięśni prostych jako takich niema w obrębie rany. Po mozolnem rozpreparowaniu blizny dochodzi się do pęcherza moczowego, wypełnionego 150 cm^3 rozczynu kwasu borowego; leży on wśród tkanek prawidłowych, poza obrębem blizny i wystercza nad spojenie łonowe na 5 cm. Otrzewna pokrywa 1 cm. jego przedniej ściany, dno i 5 cm. ściany tylnej, poczem zagina się ku górze, leżąc luźno na dolnym odcinku, z którym zrasta się o 9 cm. powyżej. Dolny odcinek długości 13 cm. od ujścia do pierścienia skurczowego.

Postępując według zasad Latzki, odsunięto pęcherz na prawo, a załamek otrzewnej ku górze i nacięto przednią ścianę dolnego odcinka w długości 10 cm., zaczynając od pierścienia skurczowego. Przy tem przecięciu nieznaczne krwawienie tętnicze.

W ranę wstawia się nienaruszony pęcherz płodowy, a po jego przebiciu główka. Podsunięto pod nią rękę i wydobyto uciskiem na dno macicy.

Pod wpływem ergotyny kurczy się trzon macicy, dolny zaś odcinek pozostaje bez zmiany. Wkrótce po porodzie dziecka krwawienie z wnętrza macicy. Gdy zabieg Credégo nie wiedzie do celu, wydobyto łożysko ręką, poczem wypełniono jamę macicy gazą vioformową, przeciągając koniec jej przez ujście do pochwy. Następnie zeszyto ranę maciczną szeregiem węzełkowych szwów katgutowych i ciągłym szwem pokrywającym.

Teraz dopiero powyżej linii szwów otwarto jamę otrzewnej. Widać w niej obkurczony trzon macicy, zrośnięty potężną poprzeczną blizną z przednią ścianą brzucha. Nie ruszając tej blizny, wycięto oba jajowody i pokryto rany otrzewną, wypełniając przez to życzenie operowanej, która tylko pod warunkiem ubezpłodnienia jej zgodziła się na cięcie cesarskie.

W końcu zamknięto w zwykły sposób otrzewnę i powłoki brzuszne. Operacya trwała 61 min.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Ciepłota ani razu nie doszła do 37°. Rana zgojona doraźnie. 30 września wypuszczono pacyentkę jako zdrową, z prawidłową macicą, bez wykazalnego zrostu w dolnym odcinku.

Płód żywy, donoszony, wagi 3200 gram., długości 48 cm. utrzymano przy życiu.

IX. L. p. 1106, 1908/9. K. M., 27-letnia służąca z Kulparkowa, przyjęta 8 września o godz. 6 wiecz. Po raz pierwszy w ciąży. Ostatni peryod 15 grudnia 1908 r. Badanie

wykazało: Osoba dobrze zbudowana, miernie odżywiona, przy końcu ciąży, z żywym płodem w położeniu czaszkowem drugiem. Część pochwowa utrzymana, ujście zamknięte. Miednica prawidłowa, jej wymiary wynoszą:

D. spin.	26	cm.
D. crist.	29	»
D. troch.	32	»
C. ext.	21	»
C. diag.	12	»
C. vera (Bylicki)	10—10$^1/_2$	»

Chora, pomieszczona na oddziale ciężarnych, zachowywała się początkowo prawidłowo. 15 września w południe zauważyła kilka plamek krwi, na które nie zwracała uwagi. Wieczorem o 11$^1/_2$, po 10—15-minutowej nieobecności na sali, znaleziono ją w wychodku zemdloną w kałuży krwi. Docucona przedstawiała obraz bardzo znacznej niedokrwistości. Blada jak papier, ziewająca, z oddechem szybkim powierzchownym, tętnem niewyczuwalnem, kończynami zimnemi, mdlała co chwila. Badanie wykazało krwawienie z pochwy, brak czynności porodowej, przy ujściu zaledwie drożnem dla palca, tuż nad ujściem łożysko. Do błon nigdzie dojść nie można. Objawów życia płodu brak.

Wobec powyższego stanu nie ulegało wątpliwości, że nawet mała utrata krwi, niemożliwa do uniknięcia przy jakimkolwiek sposobie przeprowadzenia porodu drogą naturalną, będzie śmiertelną dla matki. A gdy równocześnie wobec braku krwawień ciążowych i wobec pierścienia skurczowego na dolnej granicy dolnego odcinka (physiologische Strictur) należało przypuszczać rozwój dolnego odcinka z trzonu macicy (według teoryi Bayera), co specyalnie usposabiało do pęknięć szyi, pozostawało do rozwiązania jedynie cięcie cesarskie, jako zabieg najmniej krwawy. Wybrano postępowanie zewnątrzotrzewne, aby módz dostać się bezpośrednio do krwawiącego miejsca łożyskowego.

Podczas przygotowań do operacyi wystąpiły bole porodowe i wzmogło się krwawienie. Opanowano je założeniem balonu pochwowego. 35 min. po północy przystąpiono do operacyi. W spokojnem uśpieniu chloroformowem, w ułożeniu zwisłem Trendelenburga, po wypełnieniu pęcherza 150 cm^3 rozczynu kwasu borowego, nacięto powłoki brzuszne w linii środkowej od pępka do spojenia łonowego. Po rozsunięciu mięśni prostych wstawia się pęcherz moczowy, wysterczający zaledwie 2 cm. ponad spojenie, tak, że odpreparowanie go i odsłonięcie dolnego odcinka odbywa się w głębi poza spojeniem, co stwarza znaczne trudności. Otrzewna okrywa $^1/_2$ cm. jego przedniej ściany, dno i 5 cm. ściany tylnej, poczem zagina się ku górze i zrasta ze ścianą macicy o 8 cm. wyżej.

Po odsunięciu pęcherza na bok ku stronie prawej, a załamka otrzewnej ku górze, widać cały dolny odcinek, który podczas bolu kurczy się i wydłuża, a podczas przerwy wiotczeje. Pierścienia skurczowego nie widać nigdzie.

Dolny odcinek otwarto cięciem w linii środkowej, zaczynającem się od ścisłego przyczepu otrzewnej, a nie dochodzącem na 2 cm. do ujścia wewnętrznego. Cięcie to ma długości 10 cm. Po przecięciu brzegi rany gwałtownie cofają się w tył, a otwór zieje. W całem cięciu leży łożysko. Między nie a ścianę macicy wprowadzono rękę ku górze, przy jego brzegu przebito błony, uchwycono nóżkę i z pewną trudnością wydobyto płód. Do żadnych naddarć przy tem nie przyszło. Równocześnie wstrzyknięto ergotynę.

Po porodzie dziecka obkurcza się macica i jeszcze więcej cofają się brzegi rany. W jamie zbiera się trochę krwi. Dla uniknięcia jej utraty spróbowano zabiegu Credégo. Gdy ten nie wiódł do celu, wydobyto łożysko ręką, stwierdzając przy tem, że wypełnia ono dolny odcinek z wyjątkiem małej partyi po stronie lewej, pokrywa ujście i po za obrębem cięcia sięga od strony prawej i tyłu do połowy trzonu macicy. Tylko ta ostatnia część jest jeszcze w związku ze ścianą macicy, reszta odklejona, prawdopodobnie w czasie krwotoku przed operacyą.

Po wydobyciu łożyska widać przez ranę cały dolny odcinek. Tworzy on otwartą rurę, grubości przedramienia; od dołu widać ujście wewnętrzne, z pierścieniem skurczowym, od góry bezpośrednio przejście w jamę macicy bez jakiegokolwiek pierścienia. Miejsce łożyskowe twarde, obkurczone, nie krwawi, mimo to wypełniono jamę macicy gazą vioformową, przeprowadzając jej koniec do pochwy. Następnie zeszyto ranę maciczną szeregiem węzełkowych szwów katgutowych i ciągłym szwem pokrywającym, umocowano pęcherz w jego naturalnem położeniu i zamknięto powłoki brzuszne. Operacya trwała 45 min.

W przebiegu pooperacyjnym 17 września wieczorem dreszcz i gorączka 39·2^0, 19. zaś wyraźnie już prawostronne ogniskowe zapalenie płuc. 24. stwierdzono powierzchowne ropienie w jednym szwie i skąpe brudne odchody, wobec czego przepłukano macicę rozczynem kwasu borowego. 26 września wyjęto szwy wobec rany zgojonej. 2. października znów nowe ogniska zapalenia płuc po stronie prawej. 20 października wypuszczono chorą do domu jeszcze niedokrwistą z pojedynczemi rzężeniami w oskrzelach i macicą w przodozgięciu bez zrostów.

Płód martwo urodzony.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Odma piersiowa sztuczna

napisał

Dr Seweryn Sterling (Łódź).

(Ciąg dalszy).

IV. Tuberculosis totius pulmonis sinistri subacuta (Roentgen: Infiltratio totius pulmonis sinistri, glandularum et peribronchitis pulmonis dextri). Pneumothorax artificialis cellularis, insufficiens. (Insuflatio 4. X.; quinque reinsuflationes usque ad 19. X. 1911). Status quo ante.

F. P., lat 24, Chora od lat dwu; kaszel, obfita plwocina, szybkie wychudnięcie. W ostatnim czasie stale wysoka gorączka. Do szpitala przybyła chora 28. IX. 1911. Uderza silna duszność, zupełny brak sił. Stan gorączkowy do 39^0 C. Tętno 128. Oddech 28—32. Naciek całego płuca lewego; w placie górnym objawy rozpadu. Odmę wytworzono 4. X; reinsuflowano pięciokrotnie. Objawy kliniczne (w czasie leczenia chorej nie radioskopowano) wykazują odmę na całej powierzchni płuca lewego. Po pierwszej reinsuflacyi gorączka spadła; po trzeciej — nagłe podniesienie (do 38,6^0), które trwało przez 12 godzin; jednocześnie krwioplucie, które również minęło po tym czasie. Waga spadła o 0,3 kilogr. Kaszel, ilość plwociny — bez zmiany. Chora, nie widząc poprawy, opuściła szpital 28. XI. 1911.

W tym przypadku możliwem i pożądanem było dalsze leczenie; chorą do niego zniechęcił zarówno brak poprawy, jakoteż tęsknota do dzieci, która utrzymywała chorą w stanie stałego przygnębienia.

Myślę, że ta sama chora, gdyby była później na oddział wstąpiła i widziała innych chorych, pod wpływem odmy powracających do względnego zdrowia, chętniejby się zabiegowi poddawała. Była jednak jedną z pierwszych i nie wierzyła w skuteczność metody.

V. Tuberculosis totius pulmonis dextri subchronica. (Roentgen: Infiltratio totius pulmonis dextri). Pneumothorax artificialis 26. X. 1911.

J. M. lat 29, wyrobnik. Chory od roku; kaszle, pluje częste krwotoki; wychudł, osłabł. Przybył do szpitala 6. X

1911. Stan gorączkowy (38° C.). Rozpoznano gruźlicę prawego płuca.

Przez niedopatrzenie dozorczyni szpitalna wyjałowiła (jodyną) skórę lewej połowy klatki piersiowej i tę nakłułem, dając 500 cm³ gazu. Chory, zrażony tą omyłką, na ponowną insuflacyę nie zgodził się. Żadnej szkody z powodu opisanej omyłki nie poniósł.

Dalsze przypadki dotyczą chorych, którzy pozostają w obecnej chwili w leczeniu i u których odma piersiowa jest mniej lub więcej leczniczo czynną.

VI. Tuberculosis cavernosa totius pulmonis dextri et lobi superioris pulmonis sinistri — subacuta (Roentgen: Infiltratio totius pulmonis dextri; caverna ad lobum superiorem; infiltratio lobi superioris pulmonis sinistri; infiltratio glandularum et peribronchitis lobi inferioris sinistri). Pneumothorax artificialis exquisitus. (Insuflatio 8. X. 1911). Amelioratio.

A. B., lat 17. Chory od 8 miesięcy. Choroba zaczęła się od krwioplucia, poczem chory wyjechał zaraz na dwa miesiące do Otwocka. We dwa tygodnie po powrocie stamtąd, w kwietniu r. 1911, bardzo obfity krwotok, a po nim zapalenie aspiracyjne płatu dolnego płuca prawego; gorączka wysoka (40° C.) trwała sześć tygodni. W 10—15 dni po spadku ciepłoty nawrót: zajęcie gruźlicze płatu prawego górnego. Chorego wywieziono na wieś, gdzie stale leżał w łóżku w stanie podgorączkowym. Przy badaniu we wrześniu znalazłem obok zajęcia całego płuca prawego naciek w płacie lewym górnym; chory wychudł jak szkielet (stracił 43 funty). Ojciec cierpi na kaszel i duszność; matka ma wadę serca. W rodzeństwie jest drugi przypadek gruźlicy. Do szpitala przybył chory w tym stanie d. 7. X. 1911. Solaminis causa postanowiłem próbować leczenia odmą sztuczną. Do insuflacyi i pierwszych reinsuflacyi noszono chorego na noszach.

Obecnie stan chorego tak się przedstawia: Wyglądanie i stan ogólny bez porównania lepsze, chory chodzi (nawet do leżalni w ogrodzie, jeśli mróz nie przekracza —5° R.), dobrze jada (bywały czasy bardzo złego łaknienia). Nastrój chorego optymistyczny. Przez cały czas pobytu w szpitalu ani razu nie gorączkował (ponad 37·1°).

Płuco prawe zupełnie ku kręgosłupowi uciśnięte, a nawet nieco przepchnięte na stronę lewą (śródpiersie ustępliwe, ponieważ sprawa jest względnie świeża). Chory kaszle mało, odkrztusza 10 do 15 ctm³ na dobę (bywało po 250 ctm³ plwociny). Dokuczają mu wyłącznie objawy sercowe (serce, którego wielkość przy opukiwaniu zdaje się prawidłowa, przy radiografii okazuje się wielce powiększonem).

W czasie pobytu w szpitalu chory przez czas długi tracił dalej na wadze; bywały chwile tak wielkiej prostracyi, że po parę razy na dzień wstrzykiwano mu kamforę i digalen. Konsekwentne stosowanie leczenia dało wynik przechodzący wszelkie oczekiwanie. Obecnie choremu na wadze przybywa.

Nie przesądzając, co dalszy przebieg choroby przyniesie, dziś z całą pewnością twierdzić wolno, że w tym beznadziejnym przypadku osiągnęliśmy dotąd powstrzymanie złowieszczego postępu choroby, której paromiesięczny przebieg nieubłaganie prowadził chorego do grobu. Pod wpływem leczenia zmienił się zupełnie typ choroby: zamiast obrazu postępujących suchot toksycznych, mamy przed sobą przypadek, przypominający włóknistą postać suchot, z jej dusznością i objawami sercowymi.

VII. Tuberculosis totius pulmonis dextri chronica (Roentgen: Infiltratio pulmonis dextri. Infiltratio partis inferioris pulmonis sinistri). Pneumothorax artificialis cellularis, sufficiens. Amelioratio.

A. G., lat 35, piekarz. Przed 3 laty przebył zapalenie płuc, po którem powrócił do pełnego zdrowia. Przed ośmiu miesiącami zapadł znów na zapalenie płuc, które przeszło w stan przewlekły. Wyjechał na wieś, gdzie przebył trzy miesiące, ale tam stan zdrowia stale się pogarszał: gorączka, kaszel; na wadze stracił chory 30 przeszło funtów. Do szpitala wstąpił 5 października 1911. Twarz blado sina, duszność przy każdym ruchu, zupełny brak łaknienia, kaszel męczący z obfitą plwociną, w której częste żyłki krwi. Stan podgorączkowy, tętno 120. W płucach: naciek całego płuca prawego, stłumienie zupełne, oddech osłabiony, rozrzucone ściśle ograniczone wysepki rzężeń wilgotnych, o stałym charakterze. Odmę wytworzono 15. X. 1911. Wytworzenie odmy było trudne, ponieważ igła stale napotykała na wielkie zrosty; dopiero za czwartym razem znalazłem wolną szparę jamy opłucnej, którą systematycznie (19 reinsuflacyi) rozszerzałem, ucisnąwszy około $^3/_4$ płuca prawego. W przebiegu leczenia wystąpiło powikłanie przez wysięk opłucny, który bardzo prędko się wessał i żadnych zaburzeń, prócz duszności — nie wywołał, i przez grzybicę jamy ustnej, gardła, nosa i krtani; trwało to ostatnie powikłanie, któremu towarzyszyła gorączka, przeszło trzy tygodnie, uniemożliwiając choremu połykanie pożywienia i pozbawiając go snu. Choremu w pierwszym czasie na wadze przybyło 1,2 kilogr,; w czasie grzybicy stracił około 3 kilogr.; obecnie powrócił do wagi pierwotnej.

Po 3 miesiącach od wstąpienia do szpitala chory czuje się obecnie bez porównania lepiej: cera, ruchy, mowa, sen, łaknienie, kaszel, ilość plwociny — wszystko świadczy o poprawie.

VIII. Tuberculosis totius pulmonis dextri et tuberculosis apicis pulmonis sinistri — subacuta. Enteroptosis. (Roentgen: Infiltratio totius pulmonis dextri; caverna ad lobum medium; infiltratio lobi superioris sinistri; foci calcificati ad lobum inferiorem sinistrum). Pneumothorax artificialis cellularis, sufficiens. Amelioratio.

K. H., lat 40, żona nauczyciela. Chora od 10 miesięcy, ale już od lat ośmiu miewała czasem krwioplucia, których pochodzenia żaden z badających ją lekarzy nie umiał określić. W styczniu i lutym r. 1911 bardzo podupadła na zdrowiu (pielęgnując chorego męża i dzieci); miała wtedy dwukrotne krwotoki płucne. Lato spędziła na wsi, gdzie stale chudła i gorączkowała. W sierpniu udała się do Otwocka, gdzie (jak mię łaskawie informował kol. Gajzler) stwierdzono gruźlicę płuc z obfitymi potami nocnymi, gorączką (do 39,7° C.) i zaburzeniami trawienia. W sanatoryum chora przebyła dni 14, poczem przybyła do Łodzi.

Widziałem wówczas chorą i rozpoznałem postępującą gruźlicę płuc, głównie prawego, gdzie stwierdziłem objawy jamy. Stan ostatecznego wyniszczenia, zupełny brak łaknienia; uporczywe zaparcie. Trzewia brzuszne wszystkie opadnięte (skąd zaburzenia w trawieniu i krążeniu). Taki stan trwał z małemi wahaniami aż do przybycia chorej do szpitala, gdzie wobec złośliwości cierpienia, jakkolwiek obustronnego, wytworzyłem odmę sztuczną.

Uciśnięcie płuca niespodziewanie i szybko zmieniło charakter przebiegu; już po dwu tygodniach chora mogła powrócić do domu, skąd obecnie raz lub dwa razy tygodniowo przybywa do szpitala na reinsuflacye. Już po drugiej reinsuflacyi chora wstawać zaczęła, gdy poprzednio na wsi, w Otwocku, w Łodzi, stale leżała w łóżku. Od pierwszej reinsuflacyi straciła gorączkę, której przez długi szereg tygodni nie mogły zmódz najrozmaitsze środki przeciwgorączkowe. Od 2 listopada po dziś dzień trzykrotnie miała parogodzinne podniesienie (37,6, 37.2, 37,4) ciepłoty; zdaniem chorej było to wynikiem zaburzeń żołądkowych, mojem zdaniem — wynikiem wysiłków fizycznych (jazda do dentysty, krzątanie się w dzień wigilijny przy gospodarstwie). W styczniu r. 1912 chora przez jakie 10 dni miewała domieszkę krwi do plwociny; w tym czasie tylko raz na tydzień była reinsuflowana, a rentgenogram wykazał, że dolny jedynie płat prawego płuca jest dobrze uciśnięty. Wraz ze stopniowem zwiększeniem ucisku — krew z plwocin znikła [1]).

[1]) W tej plwocinie — pochodzącej niewątpliwie z jamy, która się znów była rozwinęła, znaleziono laseczniki gruźlicy

Ponieważ radioskopia wykazała, że pierwotnie wytworzona odma komorowa nie uciska całego płuca, wytworzyłem nakłuciem trzeciego międzyżebrza drugą odmę komorową. Chorej zaleciłem w ostatnich czasach zupełny spokój.

W czasie pobytu w szpitalu chorej na wadze przybyło 0,6 kilogr.; po powrocie do domu schudła o 1 kilogr.; od czasu większej dbałości o zdrowie i zachowywania spokoju, waga ciała znów wzrasta.

W tym przypadku założenie odmy wywarło szybko i wyraźnie wpływ dodatni na przebieg choroby. Jedynie zaburzenia trawienia (opadnięcie trzew) i zbyt wielki optymizm wobec niespodziewanej poprawy wikłają przebieg dotychczasowy (wykazana raz jeden w moczu obecność cukru 1%, zależała od zaburzeń trawiennych). To jednak, co dotąd dzięki zastosowaniu odmy osiągnięto, jest wynikiem leczniczym, jakiego żadna inna ze znanych mi metod w tym stanie choroby dać nie mogła.

IX. Tuberculosis totius pulmonis sinistri cum caverna ad lobum superiorem pulmonis dextri et tuberculosis apicis sinistri — chronica. (Roentgen: Infiltratio totius pulmonis dextri; caverna ad lobum medium p. dextri; infiltratio apicis pulmonis sinistri; infiltratio vasorum lymphaticorum; focus ad hilum pulmonis sinistri). Pneumothorax artificialis cellularis, insufficiens. Amelioratio (?).

J. M., lat 36, krawiec. Chory od 1½ roku; kaszel, częste krwioplucia, gorączka, poty, wychudnienie. Od początku choroby cierpi na uporczywe wymioty, powtarzające się po parę razy dziennie, na czczo i po jedzeniu. Leczył się w naszym szpitalu (13 tygodni), a potem w wiedeńskim (gdzie stosowano przez 5½ miesiąca tuberkulinę); znaczna poprawa, którą uzyskał, minęła szybko. Do szpitala wstąpił 10. XI. 1911. Stan podgorączkowy; tętno 100, oddechów 24 na minutę; skóra i błony śluzowe bardzo blade. Nad całem płucem prawem stłumienie różnego stopnia; oddech zaostrzony aż do oskrzelowego; rzężenia wilgotne, miejscami trzeszczenia; objawy jamy (?) pod grzebieniem łopatki. Nad lewym grzebieniem łopatki oddech szorstki. W moczu białko (0,5%); elementów nerkowych niema. W soku żołądkowym kwasu solnego brak; kwaśność ogólna 28.

Odmę wytworzono 19. XI. 1911; reinsuflacyi dotąd było piętnaście. Pierwsze reinsuflacye sprawiały choremu wielką duszność; obecnie znosi je łatwo. Gorączka ustąpiła zupełnie; stan ogólny znacznie lepszy: chory chodzi swobodnie, duszności nie miewa wcale. Plwociny ilość większa, niż początkowo. Wymioty zdarzają się raz na tydzień lub rzadziej. Rentgenogram wykazuje, że płuco jest uciśnięte w kierunku przedniej ściany klatki piersiowej, przyczem silny zrost utrzymuje długi, niby język, wyrostek płuca w związku z przeponą; górny płat płuca nieuciśnięty. Niedawno (4. I. 1911) wytworzyłem drugą odmę komorową (przez nakłucie w III międzyżebrzu prawem).

Osłuchiwanie wykazuje bardzo liczne, dźwięczne rzężenia wilgotne pod prawym obojczykiem.

Jakkolwiek chory podczas pobytu w szpitalu przybrał (pomimo wymiotów) na wadze 3 kilogr., jakkolwiek wiele objawów chorobowych złagodniało lub ustąpiło — zbyt mała część płuca jest zupełnie uciśnięta, by wolno rokować zupełne wyleczenie metodą ucisku przez odmę. Co najwyżej można się spodziewać, że uda się przez stałą odmę niedoskonałą utrzymać chorego przy życiu w stanie połowicznej zdolności do pracy.

X. Tuberculosis totius pulmonis sinistri et lobi superioris dextri – subacuta. (Roentgen: Infiltratio disseminata cavernosa totius pulmonis sinistri. Infiltratio apicis pulmonis dextri, glandularum et vasorum lymphat. totius pulmonis dextri). Pneumothorax artificialis cellularis, insufficiens. (Insuflatio 12 XI. 1911. Amelioratio).

które już były znikły. Nie podaję też w innych historyach nic o zniknięciu laseczników, ponieważ o tem mówić wolno dopiero po latach.

S. S., lat 30, czapnik. Chory od lat dwu; przez ten czas kaszle, pluje, często gorączkuje; silnie wychudł. Do szpitala wstąpił 20. XI. 1911. Odmę wytworzono bardzo łatwo i bez żadnych powikłań odnawiano. Badanie radiologiczne wykazuje (27. I. 1912) niezupełne uciśnięcie płuca lewego, które jest przyciśnięte ku przedniej ścianie klatki piersiowej (począwszy od IV żebra ku górze); w płucu widoczne są dwie jamy kształtu elipsoidalnego (uciśnięte). Wynikiem dotychczasowego leczenia jest: ustąpienie gorączki, poprawa stanu ogólnego (na wadze przybrał chory 4,5 kilo), zmniejszenie się ilości plwociny.

Ze względu na stan płuca drugiego powstrzymuję się od zbyt forsownych prób doszczętnego uciśnięcia płuca. Gdyby otrzymaną poprawę udało się nadal utrzymać, możnaby tu bardzo dobrze rokować o dalszym przebiegu choroby.

(Dokończenie nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Treskina. **Kilka przypadków stosowania sztucznej odmy piersiowej w gruźlicy płuc.** (Russkij Wracz 1911, Nr 51). O ile odma piersiowa powstaje w przebiegu gruźlicy samoistnie, jest ona niebezpieczną z następujących względów: utrudnia oddech i czynność serca, jak również wiedzie zazwyczaj do zakażenia opłucnej. Objawów tych nie bywa zwykle przy stosowaniu sztucznej odmy piersiowej; zabieg bywa mało bolesny; wskutek dokładnego dawkowania ilości powietrza, wprowadzanego do opłucnej, można uniknąć zazwyczaj ucisku na serce, jego przesunięcia, jak również ucisku na drugie płuco; wreszcie sztuczna odma piersiowa nie zagraża zakażeniem opłucnej. W uciśniętem przez odmę płucu powstają następujące zmiany. Treść pęcherzyków płucnych wyciska się z nich jak z gąbki, jamy zapadają się, a wskutek tego zwiększa się na razie ilość plwociny bardzo znacznie. Wskutek ucisku na drobne oskrzela zapadają się one, co uchyla możność aspiracyi prątków gruźliczych z sąsiednich ognisk, a tem samem szerzenie się zakażenia na zdrowe części płuc. Zmiany w krążeniu krwi i limfy wywołują zmniejszenie się wchłaniania toksyn i produktów zapalenia, co wiedzie szybko do obniżenia się ciepłoty. Współczynnik opsoniczny, jak wykazał Pigger, znacznie się zwiększa, a badania patologiczno-anatomiczne stwierdziły wybitną skłonność do tworzenia się blizn dokoła tkanki zakażonej. Treskina wywoływała odmę piersiową sposobem Saugmanna u 12 chorych na gruźlicę. Z przytoczonych historyi chorób i krzywych ciepłoty widać, iż wyniki zabiegu były dodatnie. Ciepłota obniżała się, ilość plwociny, po pierwotnem zwiększeniu się po wytworzeniu odmy, zmniejszała się następnie znacznie, ogólny stan chorych polepszał się. Powikłania, spostrzegane przez Treskiną, były następujące: silna duszność przy pierwszym zabiegu, odma podskórna (w 3 przypadkach). W początkach stosowania zabiegu spostrzegała Treskina zaburzenia w drogach pokarmowych i słaby przyrost lub nawet spadek wagi ciała. Autorka wprowadzała azot do opłucnej u każdego chorego od 11 do 19 razy w ilości od 100—800 cent. sześć.

Z. Gilewicz.

Kaszerininowa. **W sprawie leczenia choroby Addisona tuberkuliną.** (Russkij Wracz Nr 51, 1911). Według statystyki Lewinsa i Elsassera choroba Addisona powstaje w 88% skutkiem zmian nadnerczy, a w 75% skutkiem ich zmian gruźliczych. Wobec tego powstała myśl przyczynowego leczenia tej choroby. W 2 przypadkach choroby Addisona, stosując tuberkulinę Denysa, uzyskała autorka znaczną poprawę. Nieprawidłowe zabarwienie skóry znikało,

chorzy nabierali sił, przyrost wagi wynosił 1,5 i 9·0 kilogr. Na postawie 2 tych przypadków, jakoteż innych, znajdujących się jeszcze pod obserwacyą autorki, twierdzi ona, iż leczenie choroby Addisona tuberkuliną oddaje znakomite usługi w tych przypadkach, w których zabarwienie skóry jest najwcześniejszym objawem i w których gruźlica nie jest tak daleko posunięta, by stanowić przeciwwskazanie do stosowania tuberkuliny. Z. Gilewicz.

Homolicki. **O okresowości białkomoczu jako zjawisku stałem.** (Russkij Wracz Nr 51, 1911). Autor, badając ilość białka co 3 godziny u ludzi cierpiących na nerki, spostrzegł, iż ilość białka tak odsetkowo jak i bezwzględnie wzrasta od rana, dosięga szczytu w środku dnia, poczem zmniejsza się znów ku wieczorowi. Taka postać krzywej ilości białka jest nader stała i prawie nie udawało się zmienić jej zapomocą zmiany trybu życia i dyety; nie jest też ona zależna od stopnia białkomoczu. W okresie znikania białkomoczu, białko najpierw znika w nocy, występując jeszcze we dnie. Z. Gilewicz.

Bułdarew. **Samoregulacya kwaśności treści żołądkowej i rzeczywista kwaśność soku żołądkowego.** (Russkij Wracz Nr 51, 1911). Oddawna w nauce lekarskiej panowało mniemanie, iż kwaśność soku żołądkowego waha się pomiędzy 0·15%—0·20%. Co do tego zgadzali się fizyologowie i klinicyści. Dopiero Heidenhain, a za nim szkoła Pawłowa obalili ten pogląd, dowiódłszy, iż kwaśność soku żołądkowego u psów waha się od 0·5%—0·6%. Jednocześnie Kamienskij i Riazancew dowiedli, iż takichże liczb dosięga kwaśność soku żołądkowego u królików i kotów. Odtąd datuje się rozbieżność poglądów pomiędzy klinicystami, a fizyologami w sprawie stopnia kwaśności soku żołądkowego u człowieka. Fizyologowie z Pawłowem na czele utrzymywali, iż kwaśność soku żołądkowego musi być u człowieka znacznie wyższa, aniżeli kwaśność wydobytej przez zgłębnik treści pokarmowej. Wkrótce cały szereg autorów francuskich, niemieckich i szwedzkich, w przypadkach, w których wskutek osobliwych warunków chorobowych można było u ludzi otrzymywać z odosobnionych części żołądka prawie czysty sok żołądkowy, wykazali, iż kwaśność jego waha się pomiędzy 0·22% a 0·47%. Prace te nie rozstrzygnęły jednak sporu pomiędzy klinicystami a fizyologami, gdyż nie umiano sobie wytłómaczyć, w jaki sposób treść żołądkowa, otrzymywana z nienaruszonego żołądka, ma znacznie mniejszą kwaśność, niźli sok czysty zarówno u zwierząt, jakoteż u ludzi. Później Bułdarew, a za nim Migaj wykazali, iż zobojętnianie soku żołądkowego powstaje wskutek dostawania się do żołądka podczas trawienia wydzieliny trzustkowej i czynnik ten odgrywa największą rolę w obniżaniu kwaśności treści żołądkowej, obok śliny, śluzu żołądkowego, żółci i soku około odźwiernikowego, gdyż sok trzustkowy jest najsilniej zasadowym (0·65% Na_2CO_3). Dalej doświadczenia Bułdarewa na zwierzętach i Migaja na człowieku wykazały, iż kwaśność treści żołądkowej po wprowadzeniu do żołądka kwasu solnego stopniowo obniża się, natomiast ilość chlorków odsetkowo się nie zmienia, co przemawia za zobojętnieniem kwasów w żołądku wogóle, a w szczególności za możliwością znacznie większej kwaśności soku żołądkowego, niż treści żołądkowej. Doświadczenia Bułdarewa, dokonane na zwierzętach z oddzielonym od dwunastnicy przewodem trzustkowym i żółciowym, jak również z wyciętymi gruczołami ślinowymi, wykazały, iż kwaśność treści pokarmowej w żołądku obniża się najmniej wtedy, gdy usuwa się możliwość dostawania się do żołądka soku trzustkowego. Na podstawie tych doświadczeń twierdzi Bułdarew, iż pierwotna kwaśność soku żołądkowego wynosi 0·5% HCl. Podczas trawienia żołądkowego obniża się ona zatem do 0·15%—0·20% HCl, przeważnie wskutek dostawania się do żołądka soków jelitowych. W mechanizmie tym dopatruje się autor celowości, gdyż wysoka kwaśność soku żołądkowego jest niezbędną do wyjałowienia pokarmów, późniejsze zaś zobojętnienie ma na celu optimum trawienia w żołądku. Przypadki nadkwaśności treści żołądkowej i sokotoku żołądkowego tłómaczy Bułdarew nie naruszeniem jakościowej czynności gruczołów żołądkowych, lecz niedostateczną czynnością trzustki, mała zaś kwaśność treści pokarmowej i nadmierna ilość płynnej treści żołądkowej zależeć mogą według niego od zwiększenia wskutek jakichkolwiek przyczyn ilości soków zobojętniających. Z. Gilewicz.

Fischer. **O zarazie pyska.** (Mediz. Klinik. 1912. Nr 1). F. miał sposobność spostrzegać endemię analogicznej choroby u ludzi. Zwykle choroba rozpoczynała się nagle zapaleniem gardła i jamy ustnej, poczem dołączało się wśród silnej gorączki zapalenie spojówek, a następnie na rękach, przedramionach, goleniach, tworzyły się okrągłe (wielkości dwumarkówki) pęcherze, które pękały. Koło warg tworzyły się czarne strupy. Wysypka była bardzo swędząca. Dołączały się do niej zapalenie oskrzeli i ślinotok. Zdrowienie szło prędko, strupy oddzielały się szybko i jedynie nieżyt spojówek trwał najdłużej. Rokowanie bywa zwykle dobre. Zarazek, zresztą bardzo mało odporny, dokładniej nie znany, przenosi się za pośrednictwem nabiału na człowieka. Również zarazić się można wprost przez wydzielinę pęcherzy lub, jak to przekonał się autor raz u matki, która wstąpiła bosą nogą w wymiociny chorego dziecka, — przez wydzieliny naturalne, jak ślina, pot, mocz i stolec. Zaraza występuje głównie u bydła rogatego, mniej u nierogacizny, rzadko u koni, psów. kotów i drobiu, wyjątkowo u sarn. Obecnie w razie wybuchu zarazy w okolicy szczepią zwierzęta treścią pęcherzy z bydła chorego, przyczem 50—80% zapada lekko na zarazę. Choroba trwa zwykle 8—14 dni. Przy przeniesieniu na ludzi zapadają najbardziej dzieci. Na palcach tworzą się nieraz uporczywe zastrzały (panaritium). Śmierć nastąpić może wskutek obrzęku głośni, zapalenia płuc, krwotoków lub spraw jelitowych. W leczeniu stosujemy miejscowo płukania, wewnętrznie chininę, salol i sól karlsbadzką. K.

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Gerlach **Badanie śladów krwawych zapomocą próby H_2O_2 i zmodyfikowanej przez Florencea próby gwajakowo-terpentynowej.** (Ärztl. Sachverständigen-Zeitung 1911, Nr 13). Jedną z najdawniejszych prób wstępnych przy badaniu śladów krwawych jest podana przez Schönheina próba zapomocą H_2O_2, przyczem uwalniający się tlen występuje w postaci delikatnych, białych baniek. Zastosowanie tej próby zapomocą rozpylacza (spray) okazało się w zakładzie sądowo-lekarskim w Göttingen praktycznem; ułatwia ona i umożliwia często znalezienie śladów krwawych także w tych przypadkach, w których przy pomocy lupy lub przy świetle sztucznem nic podejrzanego nie można było znaleść. Drugą próbą, często używaną, jest podana przez Van Deena próba gwajakowo-terpentynowa, przy której barwa ciemno-żółta zmienia się na fiołkową. Obie próby mają swoje strony ujemne i nie są rozstrzygające. W ostatnim czasie podał Florence modyfikacyę próby Van Deena. Rozpuszczał on nieco żywicy gwajakowej w alkoholu i dodawał w różnych objętościach starego olejku terpentynowego i pirydyny. Odczyn, jaki uzyskiwał z tym odczynnikiem, okazał się szybkim i »nieskończenie« czułym. Wprawdzie sole miedziowe, żelazosinek potasowy i nadmanganian potasowy dawały również odczyn dodatni, jednak wobec nich odczyn występować miał tylko zwolna i tak nieznacznie, że o pomieszaniu z krwią mowy być nie mogło. Odczyn ten występował dodatnio nawet na plamach krwawych na gipsie, na którym według Florencea odczyn krwi szczególnie trudno występuje. Zmodyfikowaną próbę badano w zakładzie w Göttingen szczegółowo i okazało się że dodatek pirydyny do próby Van Deena, jakoteż ulepszona próba z H_2O_2 nie wyłączają błędów, że pozostają w przypadkach sądowo-lekarskich tylko próbami wstępnemi i muszą być uzupełnione przez znane pewne próby krwi. (Doświadczenia ze zmodyfikowaną przez Florencea próbą gwa-

jakowo-terpentynową, dokonane w krakowskim zakładzie sądowo-lekarskim, wykazały, że dodatek pirydyny zupełnie nie poprawił próby Van Deena, owszem okazało się, że sam odczynnik bez krwi wkrótce błękitnieje, czy to wylany na czystą bibułę, czy też zostawiony w probówce. Do takich samych wyników doszedł także Dilling. Przyp. sprawozd.).

J. Olbrycht.

Keferstein. **Morderstwo czy samobójstwo?** (Vierteljahrschrift f. ger. Med., XLII, Z. 1, S. 32). Przypadek, uznany na podstawie znalezionych listów za pewne samobójstwo, przedstawiał się jak następuje: Zdrowy umysłowo technik dentystyczny zadał sobie zapomocą dłuta i młotka ranę na szczycie głowy, drążącą przez powłoki, kości czaszkowe i oponę twardą, po poprzedniem znieczuleniu skóry chlorkiem etylu, eusemina, czy też kokainą. Gdy zranienie czaszki nie wywołało śmierci, zadał sobie 4 rany kłute w klatkę piersiową, przyczem obraził płuca. Być może — rozbioru chemicznego nie dokonano —, że zażył potem sublimat i kokainę, a na koniec zranił sobie powierzchownie szyję i przeciął obie tętnice sprychowe tak, że zginął z krwotoku.

J. Olbrycht.

Pach. **Starczy czy urazowy garb?** (Ärztl. Sachverständigen-Zeitung 1911, Nr 20). 54-letni robotnik upadł z wysokości 4 metrów na pięty, przyczem »coś mu trzasło w krzyżach«. Lekarze nie mogli wykazać żadnych ani wewnętrznych, ani zewnętrznych zmian jako następstwa wypadku. Bóle tego robotnika uważali za gośćcowo-neuralgiczne, tembardziej, że układ kostny nie okazywał żadnych zmian. Badanie radiologiczne wykazało zanik kręgów w części lędźwiowej kręgosłupa i jako jego następstwo przypłaszczenie powierzchni stawowych III i IV kręgu. Obraz radiologiczny nie dawał żadnej podstawy do rozstrzygnięcia, czy garb był skutkiem zaniku pochodzenia starczego, czy też urazowego. Przy rewizyi procesu w rok później znawca na podstawie tego, że robotnik przed wypadkiem był zupełnie zdrowy i nie okazywał żadnego skrzywienia kręgosłupa przyjął, że u obrażonego bezpośrednio po wypadku wystąpiły tylko bóle w części lędźwiowej kręgosłupa, a dopiero później objawił się garb i sztywność kręgosłupa; wobec tego doszedł do przekonania, że garb ten jest następstwem wypadku i upośledza zdolność zarobkowania obrażonego o 75%.

J. Olbrycht.

Ellermann. **Przyczynki do metodyki sądowo-lekarskiej.** (Vierteljahrschrift f. ger. Med., XLII, 1, S. 116). 1) Wykazanie plemników zapomocą barwienia hematoksyliną Weigertowską. Włókna tkaniny barwi się przez 1 minutę w rozczynie: »Erythrosin 0·5, Liquor ammonii caustici 100%«, opłukuje w wodzie przekroplonej, przenosi na szkiełko przedmiotowe, uwalnia się od wody, a potem rozszczepia w kilku kroplach znanej hematoksyliny Weigertowskiej. Po 2 minutach osusza się włókna, następnie w wodzie przekroplonej dalej rozwłóknia i przepłukuje, aż włókna staną się prawie zupełnie bezbarwne. Po osuszeniu zatopienie w balsamie kanadyjskim i oglądanie pod mikroskopem. Plemniki w całej swej długości są dobrze zabarwione, przednia część główki czerwono, reszta silnie czarno, włókna tkaniny niezabarwione. — 2) Wykazanie najmniejszych ilości krwi zapomocą próby benzydynowej. Do płaskiej miseczki Petrego wkłada się w kilkoro złożoną bibułę. Zapomocą ostrego, kończystego nożyka zdrapuje się małą cząstkę podejrzanej plamy na bibułę. Następnie polewa się tę cząstkę rozczynem benzydyny (autor używa mieszaniny podanej wedle Ascarallego); w razie obecności krwi rozchodzą się promienisto niebieskie prążki od cząstki zeskrobanej.

J. Olbrycht.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo ginekologiczne krakowskie.

Posiedzenie z d. 14. listopada 1911.

Przewodniczący Prof. Rosner, sekretarz Schlank.

I. Rosner przedstawia położnicę **po cięciu cesarskiem sposobem Polano.** Z powodu bardzo dużego stopnia obwisłego brzucha, operacya ta w tym przypadku nie przedstawiała żadnych trudności. Zadziwiająco małe krwawienie. Urodzone bliźnięta o wadze 2950 i 2760 gr. Przebieg pooperacyjny zupełnie aseptyczny, bez jakichkolwiek zaburzeń. Położnica sama karmi dzieci.

Dyskusya: Braun, Rosner.

II. Dobrowolski: **Dwa przypadki ogólnego ostrego zapalenia otrzewnej bezpośrednio po porodzie prawidłowym.** Sekcya wykazała w jednym przypadku jako przyczynę pęknięcie jelita w miejscu wrzodu durowego. Dur przebiegał przed porodem prawie bez żadnych objawów. W drugim przypadku nie było można wykazać punktu wyjścia ani podczas operacyi (przypuszczenie zapalenia ślepej kiszki), ani nawet na sekcyi.

III. Dobrowolski omawia przypadek **śluzakomięsaka macicy u 3-miesięcznego dziecka.** Na operacyę nie zgodziła się matka.

IV. Dobrowolski przedstawia przypadek **pierwotnej gruźlicy torbieli jajnikowej.**

Dyskusya: Braun, Akermann, Rosner, Dobrowolski.

V. Nüssenfeld przedstawia chorą po operacyi **ropnia tkanki okołomacicznej** po porodzie powstałego, który rozszerzył się aż na zewnętrzną stronę uda. Ropień ten został przez miejscowego lekarza przecięty. W klinice operowano powtórnie, zrobiono duże nacięcie poniżej mięśnia biodrowo-lędźwiowego, i okazało się, że talerz biodrowy uległ na dosyć dużej przestrzeni martwicy.

VI. Radwańska przedstawia przypadek **następowego zrośnięcia z przednią i tylną ścianą pochwy podśluzowego włókniaka,** częściowo urodzonego do pochwy. Zrosty te były na dosyć dużej przestrzeni, zwłaszcza na tylnej ścianie; musiano je na ostro oddzielić, wskutek czego powstała duża rana w pochwie, którą musiano obszyć.

VII. Schlank: **Doświadczenia z pituitryną.** Prelegent używał przetworu Parke-Dawisa w dawkach 1·1 przy osłabionych bolach porodowych. Na razie użył pituitryny w 7 przypadkach. Wyniki były we wszystkich przypadkach dobre, w niektórych doskonałe. Raz wstrzyknięto środek na godzinę przed dokonaniem cięcia cesarskiego sposobem Polano. Oprócz tych 7 przypadków, próbował S. pituitryny jako środka leczniczego w daleko posuniętem zmiękknieniu kości (osteomalacia) przy ciąży w X. m. ks. Chorej wstrzyknięto 11 razy pituitrynę po 0·6, bez najmniejszego skutku. Również środek ten nie wywołał bolów porodowych.

VIII. Schlank przedstawia **torbiel skórzastą jajnika o niezwykłej zawartości.** Po usunięciu guza, po położeniu na tackę, wydobyło się dużo kuleczek, które powstały po skrzepnięciu zawartości torbieli. S. rozpatruje, kiedy to skrzepnięcie nastąpiło, czy już w jamie brzusznej, czy dopiero po usunięciu guza z jamy brzusznej po utracie ciepłoty.

Posiedzenie z d. 29. listopada 1911.

Przewodniczący Prof. Rosner, sekretarz Schlank.

I. Rosner: Przypadek **wodonercza,** który sprawiał pewne trudności rozpoznawcze. Opukiwanie jamy brzusznej przed i po wydęciu jelit przemawiało raczej za istnieniem torbieli jajnikowej, dopiero chromocystoskopia naprowadziła

na prawdziwe rozpoznanie. Rosner omawia znaczenie cystoskopii w ginekologii. (Przedstawienie preparatu). Przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy.

II. Dobrowolski przedstawia ciekawy preparat **ciąży zewnątrzmacicznej jajowodowo-jajnikowej** z czwartego miesiąca. Przy zabiegu znaleziono w jamie brzusznej guz ze siecią tu i owdzie pozrastany, dosyć długą szypułą z macicą złączony. Guz ten składał się z dwóch odcinków, rozgraniczonych od siebie przewężeniem. Odcinek większy wytworzony przez odcinek jajowodu, mniejszy zaś przez jajnik mocno rozdęty. W odcinku większym znaleziono łożysko, w mniejszym zaś wyschnięty płód. Z przedstawionego preparatu nie można orzec, jak ciąża się rozwijała, jaką drogą jaje dostało się do jajnika; jedno tylko można twierdzić na pewno, że była to pierwotna ciąża jajowodowa.

III. Schlank: **Dwa przypadki samoistnego pęknięcia pęcherza przy samoistnem pęknięciu macicy podczas porodu.** W obydwu przypadkach rozdarcie pęcherza było na dużej przestrzeni. W jednym przypadku okolica między ujściami moczowodów była tak rozerwana, że S. musiał przed zeszyciem pęcherza obydwa moczowody cewnikować. Obydwie chore przywieziono do kliniki w bardzo złym stanie i oba przypadki skończyły się śmiertelnie. Prelegent omawia mechanizm pęknięcia pęcherza.

IV. Radwańska: **Zupełne wypadnięcie macicy u noworodka z równoczesną tarnią dwudzielną.** Przypadki wrodzonego wypadnięcia macicy są nadzwyczaj rzadkie, a w literaturze jest dotychczas opisanych 12 podobnych przypadków. Ciekawem jest to, że w 11 przypadkach było równoczesne rozszczepienie kręgosłupa. Prelegentka omawia przyczynę powstawania takiego wypadnięcia macicy u noworodków i związek jego z rozszczepieniem kręgosłupa.

Posiedzenie z d. 2. stycznia 1912.

Na Walnem Zgromadzeniu Towarzystwa ginekologicznego wybrano powtórnie jednomyślnie przewodniczącym Prof. Dra Rosnera, zastępcą przewodniczącego Prof. Dra Brauna, skarbnikiem Dra Friedmanna, a sekretarzem Dra Schlanka.

I. Dobrowolski omawia przypadek **porodu w miednicy płaskiej** drugiego stopnia z bardzo dużym obwisłym brzuchem. Chora była przeznaczona do cięcia cesarskiego sposobem Polano. W czasie godzinnej pertraktacyi z chorą, zaczęła chora krwawić z pochwy, tętna płodu brak; rozpoznano pęknięcie macicy. Natychmiast dokonano laparotomii; płód w jamie brzusznej, omdlenie II. stopnia. Płód znajdował się w jamie brzusznej przynajmniej 25 minut. Dokonano doszczętnego usunięcia macicy. Stan matki dobry, płód docucono. Prelegent podnosi, że pomimo dużej retrakcyi, płód żył.

Dyskusya: Rosner podnosi, że zdumiewającem jest, iż tak długo dziecko urodzone do jamy brzusznej mogło żyć i że prawdopodobnie główka zamknęła otwór w jamie macicy i nie pozwoliła na jej ściągnięcie się.

II. Rosner przedstawia chorą i preparat **śledziony,** którą usunął u tej chorej w połogu. Chorą przywieziono do kliniki jako rodzącą, przysłaną przez lekarza z rozpoznaniem uwięźnięcia torbieli jajnika prawego w jamie Douglasa. W klinice odprowadzono guz i chora urodziła siłami natury bliźnięta. Po porodzie guz dobrze wyczuwalny, jednak kształtem swoim nie odpowiadał torbieli jajnikowej. Ponieważ w kilka dni po porodzie wystąpiły objawy podrażnienia otrzewnej i silne bole, przystąpiono do operacyi i znaleziono, że guzem tym była śledziona, częściowo już obumarła; szypuły brak. Śledziona zrośnięta z wyrostkiem robaczkowym, wobec czego dokonano wycięcia wyrostka robaczkowego. Stan pooperacyjny aseptyczny. Prelegent nadmienia, że chora ta leżała przed rokiem w klinice z powodu tego samego guza, który miał wystąpić w kilka tygodni po porodzie. Guz ten leżał wówczas w okolicy pępka, był mało ruchomy i rozpoznanie wahało się między wysiękiem a guzem w powłokach brzusznych. Chora wówczas gorączkowała; kilkakrotne badanie krwi nic nie wykazało. Po kilkotygodniowej obserwacyi guz ten się zmniejszył, chora czuła się względnie lepiej i nie zgodziła się na operacyę.

Dyskusya: Braun podnosi, że przemieszczenie trzew może dać powód do dużych pomyłek rozpoznawczych; opisuje przypadek z własnej praktyki, gdzie po porodzie wystąpił jakiś guz w jamie brzusznej, bardzo bolesny, i rozpoznano guz jajnikowy w skręceniu. Chirurdzy potwierdzili rozpoznanie. Sama chora zwróciła uwagę, że cierpi od dłuższego czasu na nerkę wędrującą; przy dokładniejszem badaniu nie znaleziono na właściwem miejscu nerki lewej, jakkolwiek guz ten był po stronie prawej. Chorej nie operowano i wszystkie objawy ustąpiły.

III. Rosner przedstawia preparat **nabłoniaka kosmówkowego** macicy, którą usunął w kilka miesięcy po urodzeniu zaśniadu groniastego. Prelegent podnosi związek między zaśniadem groniastym a nabłoniakiem kosmówki.

Dyskusya: Dobrowolski zaznacza, że miał sposobność operować kilka przypadków nabłoniaka kosmówki i że niekoniecznie musi go poprzedzać zaśniad groniasty. — Rosner twierdzi, że tylko po zaśniadzie groniastym może powstać nabłoniak kosmówki. O ile powstanie taki nowotwór po zwykłym porodzie lub po poronieniu, to prawdopodobnie gdzieś było zwyrodnienie śluzakowe kosmków łożyskowych, na które nie zwrócono uwagi. Powstawanie takich niedostrzegalnych pęcherzyków, musi wywołać powstanie nabłoniaka kosmówki. Na 10 przypadków nabłoniaka kosmówki, w ostatnich czasach operowanych, 8 było po zaśniadzie groniastym. Nabłoniak kosmówki niewątpliwie jest nowotworem złośliwym uleczalnym, tylko trzeba długo czekać, nim wolno orzec, że operowana jest już zupełnie zdrowa.

IV. Rosner przedstawia chorą **z zapaleniem zniekształtniającem stawu biodrowego,** która obecnie jest w V m. ks. ciąży. Prelegent zastanawia się, czy ciąża nie pogarsza tego stanu chorobowego. Miednica jest zupełnie prawidłowa.

Dyskusya: Braun, Rosner.

V. Rosner przedstawia noworodka o bardzo **miękkich kościach czaszki** i szerokich szwach. Ciemię duże przedstawia się w postaci dużej szczeliny. Dzieci takie są bardzo narażone podczas porodu, chociaż poród jest lekki. Prelegent zwraca uwagę, że w tych przypadkach matka rodzi prawie każde dziecko z tak miękkiemi kośćmi główki z tą samą konfiguracyą.

VI. Schlank przedstawia **preparat macicy pękniętej podczas porodu,** gdzie do otworu pęknięcia wpadła pętla jelita cienkiego i powstała **niedrożność jelit.** Chorą przywieziono do kliniki dopiero w 9. dniu po porodzie w stanie beznadziejnym. Prelegent zrobił laparotomię, usunął macicę, wydobył pętlę jelita cienkiego z pękniętej macicy, jednak było już tak rozległe zapalenie otrzewnej, że chora w kilka godzin po operacyi zmarła.

Dyskusya: Braun podnosi, że niedrożność jelit często powstaje wskutek opadnięcia trzew do jamy Douglasa.

Towarzystwo stomatologów polskich w Krakowie.

Posiedzenie naukowe z dnia 27. I. 1912.

Obecnych 11. Przewodniczy prezes Prof. Łepkowski.

Przewodniczący Prof. Łepkowski wita serdecznie kol. Cieszyńskiego, przybyłego umyślnie z Monachium.

1) Kol. Cieszyński: **Plastyka więzadła wargowego.** W przypadkach, gdzie więzadło wargowe jest nisko osadzone, a mięśnie kurczące się przy śmiechu silnie rozwinięte, zd rza się, iż podczas śmiechu warga górna jest nadmiernie pociągana ku górze i wskutek tego odsłania nie-

tylko łuk zębowy, lecz i dziąsło na znacznej przestrzeni. Pominąwszy już względy kosmetyczne, takie osoby przy nizkiej ciepłocie są narażone na dotkliwe uczucie działania zimna na odsłonięte dziąsło. Dla usunięcia tej wadliwości wykonuje C. od pewnego czasu plastykę więzadła wargowego podług własnej metody. Wyniki są zupełnie zadowalniające, jak o tem świadczą przedstawione fotografie (przed i po operacyi).

W dyskusyi zaznacza Prof. Łepkowski, iż ta operacya jest bardzo doniosła, jako operacya przedwstępna do osadzania sztucznych zębów w tych przypadkach, gdzie uśmiech lub mowa odsłania zęby sztuczne. Operacya tego rodzaju znana jest w chirurgii przy operowaniu wargi zajęczej, lecz w stomatologii jest rzeczą zupełnie nową.

2) Kol. Cieszyński: **Kilka rzadszych nieprawidłowości w ustawieniu i wyrzynaniu się zębów**. Przedstawienie modeli szczęki dolnej, gdzie znajdują się po stronie prawej 4 zęby trzonowe i szczęki górnej z t. zw. heterotopią: kieł na miejscu bocznego siekacza, a siekacz boczny na miejscu kła.

W dyskusyi zaznacza kol. Praetzel, że należy zwrócić baczniejszą uwagę na heterotopię i rzadsze okazy przesyłać do muzeum Ambulatoryum dentystycznego. — Prof. Łepkowski popiera kol. Praetzla. — Kol. Cieszyński wskazuje sposób szybkiego kopiowania modeli w wiekszej ilości.

3) Kol. Cieszyński: Demonstracye z dziedziny **rentgenografii**. Pokaz tablic oryentacyjnych, ułatwiających zdjęcia wśródustne. Umiejscowienie ubytków kości szczękowej w okolicy okołowierzchołkowej.

Sekretarz: Dr Fr. Zalewski.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z dnia 18. XI. 1911.

Obecnych 21 członków.

I. Kol. Rozenfeld przedstawił chorą l. 46 **z tętniakiem aorty piersiowej**. W wywiadach nic szczególnego, brak kiły. Pierwsze objawy choroby w lutym 1911 r. w postaci bólu w okolicy międzyłopatkowej przy połykaniu pokarmów stałych. Ponieważ badanie zgłębnikiem żołądkowym nie stwierdziło żadnego oporu, cierpienie rozpoznawano ogólnie, jako nerwicę przełyku. We wrześniu stan chorej pogorszył się znacznie. Nawet połykanie pokarmów płynnych odbywało się z wielką trudnością i sprawiało silne dolegliwości. Chora miała ciągłe wymioty, duszność, uporczywy kaszel, szybkie tętno. Zdjęcie rentgenograficzne, dokonane przez kol. Judta w Warszawie, wykryło tętniaka wrzecionowatego aorty piersiowej. W ostatnim czasie stan chorej bardzo ciężki: sinica, duszność, męczący i bezdźwięczny kaszel, tętno 130. Wymiary stłumienia serca powiększone, tony głuche, bez szmerów, w płucach liczne rzężenia. Po kilku uwagach o rozpoznawaniu klinicznem tętniaków, zatrzymuje się prelegent dłużej na ich leczeniu, mówi o stosowaniu jodku potasu i żelatyny, wreszcie o dodatnim wpływie leżenia i dyety mlecznej.

II. Kol. Wrześniowski przedstawił oseska po wyłuszczeniu guza, który był już pokazany na posiedzeniu poprzedniem. Dziecko zdrowe. Badanie drobnowidowe guza: **włókniako - tłuszczak śluzakowy** (fibrolipoma myxomatodes).

III. Kol. Wrześniowski przedstawił chorą l. 28 po **operacyi zatoki szczękowej**. Chora zgłosiła się z powodu obrzęku twarzy i ropnej cuchnącej wydzieliny z nosa. Operacya polegała na wycięciu poprzez dół górnej szczęki przedniej ściany zatoki szczękowej, rozszerzeniu otworu do nosa i usunięciu wyrostka zębodołowego. Jama zatoki była wypełniona **perlakiem** (cholesteatoma).

IV Kol. Wrześniowski opisał przypadek **tyłozgięcia macicy ciężarnej** u 20-letniej kobiety. Wezwany został z powodu objawów, przypominających zupełnie niedrożność jelit. Choroba rozpoczęła się nagle. W jamie Douglasa wykryto guz, będący macicą, którą odprowadzono w uśpieniu chloroformowem, po wypuszczeniu dwóch litrów moczu. Wielkość macicy odpowiada ciąży pięciomiesięcznej. Mimo odprowadzenia macica częściowo opuszcza się ku dołowi. Chora gorączkuje nadal z powodu bardzo silnego nieżytu pęcherza moczowego, który stale trzeba opróżniać przy pomocy cewnika. Kol. W. sądzi, że chorej grozi zgorzel pęcherza i że jedynym środkiem zapobiegawczym i leczniczym będzie przerwanie ciąży.

W dyskusyi kol. Nowak twierdzi, że zatrzymanie moczu może być wynikiem albo niedostatecznego odprowadzenia macicy, albo też osłabienia pęcherza wskutek głębszych zmian zgorzelinowych. Należy przedewszystkiem zapewnić się, czy macica odprowadzona jest całkowicie. Jeżeli tak jest w istocie, rzecz wątpliwa, czy przerwanie ciąży wpłynie dodatnio na stan pęcherza. — Kol. R. Broniatowski opisuje analogiczny przypadek, spostrzegany w klinice krakowskiej. Była wówczas mowa o przerwaniu ciąży. Ostatecznie macicę odprowadzono, chora wyzdrowiała. — Kol. Russ wątpi, czy w przypadku kol. W. macica została całkowicie odprowadzona. Wobec ciężkiego stanu chorej, uważa za wskazane przerwanie ciąży. Pogląd ten wypowiada również kol. Edward Kohn. — Kol. Biegański sądzi, że nie widząc chorej, nie można tej sprawy ostatecznie rozstrzygnąć. Radzi kolegom, interesującym się bliżej tym przypadkiem, zbadać chorą w szpitalu i porozumieć się na miejscu co do dalszego postępowania.

V. Kol. Łokczewski odczytał referat: **O stwardnieniu tętnic podług Hucharda**. Pierwszem ogniwem długiego łańcucha objawów, składających się na całość obrazu klinicznego tej choroby, jest skurcz naczyń ze wzmożonem ciśnieniem tętniczem. Jest on zawsze następstwem zatrucia. Na tem tle powstaje duszność, bezsenność, zawroty głowy, niemiarowość tętna, przyspieszona czynność serca, dusznica bolesna i t. d. Przypadki stwardnienia tętnic ze zmniejszonem ciśnieniem tętniczem rozwijają się najczęściej na tle zastoju w zakresie żyły wrotnej. W powstawaniu twardnienia tętnic najważniejszą rolę gra zatrucie pokarmem, którego skutki potęgują się jeszcze pod wpływem przedwczesnej niesprawności nerek. Prócz tego, jako bardzo ważne czynniki etyologiczne, Huchard podaje dnę, gościec stawowy, kiłę i palenie tytoniu. Dalej idą choroby zakaźne, cukrzyca, zatrucie wyskokowe, zimnica, pora przekwitania, wreszcie wyczerpanie nerwowe. Huchard podkreśla różnicę, jaka zachodzi między stwardnieniem tętnic i ich miażdżycą, która jest sprawą zanikową wieku schyłkowego. W przebiegu klinicznym choroby wyróżnia autor cztery okresy. Pierwszy (presclérose) charakteryzuje wzmożone ciśnienie tętnic i wzmocnienie drugiego tonu nad tętnicą główną. W okresie drugim, sercowo-naczyniowym, występują zmiany zwyradniające w mięśniu serca. W trzecim, zastawkowo-naczyniowym, stwardnienie rozszerza się na zastawkę dwudzielną. W okresie czwartym mamy objawy niedomogi serca, rozszerzenie jego, obrzęki, duszność, sinicę. Wskazania lecznicze różne są w poszczególnych okresach. Zawsze jednak podstawę leczenia stanowi dyeta mleczna lub mleczno-roślinna.

Z powodu spóźnionej pory dyskusyę odłożono.

Posiedzenie dnia 16. XII. 1911.

Obecnych 18 członków.

I. Dyskusya nad odczytem kol. Łokczewskiego, **O stwardnieniu tętnic według Hucharda**.

Kol. Russ mówi o pomyślnym wpływie wodolecznictwa we wczesnych okresach stwardnienia tętnic, o znaczeniu zwiększonego dowozu płynów, wreszcie o dyecie mlecznej podług wskazówek Minkowskiego. — Kol. Rozenfeld dowodzi, że pogląd Hucharda na stwardnienie tętnic jest odbiciem ogólniejszego poglądu na chorobę, jako na zboczenie czynnościowe. Z tego stanowiska zmiany anatomiczne, jako zjawiska wtórne, nie mają donioślejszego zna-

czenia w ocenie sprawności serca i w rokowaniu. Pogląd Hucharda, że punktem wyjścia całej sprawy jest zwiększone ciśnienie tętnicze, ma nawet we Francyi wielu przeciwników.— Kol. Batawia sądzi, że Huchard poświęcił za mało uwagi stwardnieniu tętnic brzusznych, która może być przyczyną różnorodnych, nieraz bardzo ciężkich objawów ze strony żołądka i jelit. Należą tu bóle, wymioty, biegunki, objawy wrzodu żołądka, nawet niedrożności jelit. — Kol. Wasilewski zwraca uwagę na różnicę między stwardnieniem tętnic i miażdżycą i przytacza poglądy prof. Gluzińskiego. — Kol. Brzeziński mówi o szerszem rozpowszechnieniu stwardnienia tętnic wśród ludzi zamożnych. Wśród ludu prostego, pracującego fizycznie, dusznicę bolesną spotyka się rzadko. Czynnikiem usposabiającym jest zapewne nadmiar pożywienia przy małym ruchu i małem wydatkowaniu energii. — Kol. Nowak sądzi, że gra tu ważną rolę stałe, systematyczne użycie napojów wyskokowych. — Kol. Biegański spostrzegał bardzo często objawy stwardnienia tętnic u ludu prostego. Cięższy przebieg tej choroby w sferze zamożniejszej tłumaczy następstwem nadmiernego spożywania mięsa i tłuszczu. Kol. Biegański uzupełnia obraz stwardnienia tętnic brzusznych, skreślony przez kol. Batawię i przeprowadza porównanie z chromaniem przestankowem. Wreszcie przypomina przypadek zatkania tętnicy krezkowej, opisany przed kilku laty przez kol. Rozenfelda na jednem z posiedzeń Towarzystwa. — Kol. Łokczewski odpowiada ze stanowiska teoryi Hucharda.

II. Kol. Wrześniowski przedstawił dwie chore, leczone **salwarsanem z powodu nowotworów złośliwych**. Dziewczynka l. 13 zgłosiła się do szpitala z kostniakomięsakiem obojczyka, wielkości głowy rocznego dziecka. Guz wyłuszczono, częściowo wyskrobano, obojczyk usunięto. Po miesiącu nawrót. Wówczas zastosowano cztery wstrzyknięcia śródżylne salwarsanu (0·15 — 0·2 — 0·25 — 0·15) i naświetlanie promieniami Röntgena. Poprawa znakomita, pozostały niewielkie ślady guza pod pachą i na szyi. Drugi przypadek dotyczy chorej, dotkniętej rakiem prawej piersi. Pierś i gruczoły pachowe bardzo powiększone, skóra czerwona, chełbotanie. Po przecięciu skóry wylało się około 100 ctm płynu surowiczego, w głębi rany palec wyczuwał strzępy rozpadającej się tkanki. Badanie drobnowidowe stwierdziło raka. Salwarsan wstrzyknięto do żył trzykrotnie w ilości 0·3 — 0·4 — 0·4. Obecnie pierś znacznie mniejsza, twarda, gruczoły przynajmniej trzy razy mniejsze. W pierwszym przypadku chora zniosła salwarsan doskonale, w drugim były dreszcze i niewielkie wzniesienie ciepłoty.

W końcu mowi kol. Wrześniowski o najnowszych postępach w dziedzinie leczenia nowotworów złośliwych. Przytacza najważniejsze daty z piśmiennictwa o stosowaniu salwarsanu, opisuje technikę naświetlania promieniami Röntgena. Najlepsze wyniki daje naświetlanie mocne promieniami miękkimi. Przy nowotworach, nie dających się usunąć na drodze operacyjnej, niektórzy radzą naświetlać je poprzez szeroko otwartą ranę skóry. Dawkę stosować można 10 razy silniejszą, aniżeli znieść może skóra.

III. Kol. Rozenfeld opisał przypadek **cierpienia ogniskowego mostu Varola** u 13-letniego chłopca. Choroba rozpoczęła się w początkach października 1911. Uwagę rodziców zwróciło zataczanie się chłopca przy chodzeniu. Po kilkunastu dniach chód przybrał charakter móżdżkowy. Przy zwrotach chory upada czasami na stronę prawą. Wkrótce występuje niemożność poruszania gałkami ocznemi na prawo i lewo (porażenie skojarzone mm. prostych zewnętrznych i wewnętrznych). Nerw bloczkowy, okoruchowy, odruchy rogówkowe, źreniczne, dno oka — zupełnie prawidłowe. Brak zastoiny na tarczy nerwu wzrokowego. W zakresie nerwów twarzowych zupełny brak gry mimicznej. Mowa z odcieniem nosowym. Bezład wyraźny zarówno w kończynach dolnych, jak i górnych. Siła mięśniowa początkowa wcale niezmniejszona, stopniowo rozwija się nieznaczna sztywność. Odruchy kolanowe i stopowe bardzo wzmożone, w późniejszym okresie choroby wybitnie zaznaczony odruch Babińskiego. Zaników niema. Wszystkie rodzaje czucia skórnego zachowane. W grudniu do objawów tych przyłącza się utrata mowy. Chory przy zachowanej inteligencyi porozumiewa się z otoczeniem, dobierając litery z alfabetu i kolejno wskazując je palcem. W ostatnich dniach wystąpiły zaburzenia w połykaniu. Chory z trudnością łyka pokarmy stałe, często się krztusi. Ruchy języka i szczęki dolnej upośledzone. Chory skarży się tylko na bardzo silny zawrót przy wyprostowaniu głowy. Rokowanie złe. Ognisko, usadowione w okolicy jąder nn. odwodzących i torów, które łączą móżdżek z mostem, szerzy się z jednej strony w kierunku brzusznej części mostu ku torom piramidalnym, z drugiej zaś — w kierunku opuszki.

IV. Kol. Biegański pokazał dwa **rentgenogramy gruczołów oskrzelowych** powiększonych na tle gruźliczem (adenopathia tracheobronchialis).

Karol Rozenfeld.

Sprawozdanie z działalności Towarzystwa lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego.

(od r. 1907 po koniec 1911).

(Ciąg dalszy).

Przechodzę obecnie do działalności zorganizowanego w ubiegłym roku samodzielnego Towarzystwa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego.

Na zebraniu organizacyjnem, które się odbyło w Będzinie d. 9 kwietnia 1911, po przypomnieniu dziejów powstania Towarzystwa lekarskiego i uczczeniu przez powstanie tych kolegów z Zagłębia, którzy byli obecni na inauguracyi Towarzystwa lekarskiego w Częstochowie, a nie doczekali się otwarcia własnego Towarzystwa w Zagłębiu, kol. Dehnel wypowiedział rzecz: **O rozwoju stosunków lekarsko-sanitarnych w Zagłębiu w ciągu ostatnich 25 lat.**

Zwróciwszy uwagę na czynniki, oddziałujące wogóle na rozwój stosunków sanitarno-lekarskich i rozpatrzywszy wpływ tych czynników w Zagłębiu, doszedł prelegent do wniosku, że, jeżeli w istocie stosunki sanitarno-lekarskie poprawiły się w Zagłębiu znacznie w ciągu 25 lat, to trzeba to zawdzięczyć z jednej strony obawie przed cholerą, która w r. 1894 zdziesiątkowała ludność Będzina, z drugiej strony inicyatywie Towarzystw i osób prywatnych. W dalszym ciągu przytoczył prelegent cyfry, świadczące wymownie o rozwoju omawianych spraw. A więc w r. 1886 ludność powiatu będzińskiego wynosiła według wykazów urzędowych 161152, obecnie 407124 osób (50.000 w Będzinie, 98000 w Sosnowcu, 259124 w powiecie). Służbę zdrowia stanowiło przed 25 laty: 12 lekarzy (3 w Będzinie, 3 w Sosnowcu, 2 w Zawierciu, 2 w Dąbrowie, po 1 w Zarkach i Granicy), 28 felczerów, 14 akuszerek (wraz z babkami wiejskiemi). Aptek było 8. Przypadał więc 1 lekarz na 13453 mieszkańców, 1 felczer na 5754. Obecnie mamy 52 lekarzy (20 w Sosnowcu, po 7 w Będzinie, Dąbrowie i Zawierciu, pozostali w Niwce, Czeladzi, Grodźcu, Niemcach, Granicy i Zarkach), 75 felczerów (9 w Będzinie, 20 w Sosnowcu), 86 akuszerek i babek (10 w Będzinie, 31 w Sosnowcu) i 17 dentystów. Liczba aptek wzrosła do 27 (3 w Będzinie, 7 w Sosnowcu). Obecnie 1 lekarz przypada na 7830 mieszkańców, 1 felczer na 5430. Postęp więc w tej dziedzinie jest widoczny. Znacznie jednak większy postęp uwidocznia rozwój szpitalnictwa w Zagłębiu. W r. 1886 było w powiecie 7 szpitali, mianowicie: będziński, pogoński, sielecki, św. Barbary i szpital zachodniego okręgu górniczego w Dąbrowie, infirmerya w Niemcach i szpital w Zawierciu. Stan tych wszystkich szpitali pozostawiał bardzo wiele do życzenia; najlepiej urządzony był wówczas szpital powiatowy w Będzinie. Dziś liczba szpitali wzrosła do 11 i najgorzej urządzonym okazuje się obecnie szpital będziński. Niektóre

z nich stoją na wysokości zadania; do takich należą: szpital T-wa Sosnowieckiego w Pogoni, szpital sielecki, szpital Huty Katarzyny w Sosnowcu, szpital św. Barbary i T-wa francusko-włoskiego w Dąbrowie, również szpitale w Czeladzi i w Niemcach. Liczba chorych, leczonych w szpitalach w ciągu roku ubiegłego, dosięgła 4961 (2248 w powiecie, 1783 w Sosnowcu i 930 w Będzinie). W ambulatoryach przy fabrykach i kopalniach leczyło się w ciągu roku 121.920 chorych. Wogóle liczba osób, korzystających z porad lekarzy i zaufanie do pomocy lekarskiej wzmogły się w ciągu omawianego okresu znacznie. Położenie jednak materyalne lekarzy, wskutek zwiększonej podaży, jest obecnie gorsze, niż przed 25 laty. Posunęła się również znacznie naprzód sprawa szczepienia ospy ochronnej. W r. 1910 zaszczepiono ospę 8801 dzieciom. Ogólne stosunki zdrowotne, utrzymywanie w czystości domów, podwórzy, sklepów z materyałami spożywczymi, również uległy poprawie. Brak jednak prawidłowej organizacyi sanitarnej stoi na przeszkodzie doprowadzeniu tego wszystkiego do należytego porządku. Do podniesienia poziomu zdrowotności przyczyniają się również łazienki, urządzane przy fabrykach. Zwróciwszy jeszcze uwagę na brak dobrej wody w Zagłębiu, ponieważ rzeki są mocno zanieczyszczone odpływami fabrycznymi, a jedynie dotychczas w stylu nowożytnym są urządzone wodociągi T-wa francusko-włoskiego w Dąbrowie, zakończył prelegent wskazaniami zadań, jakie zdaniem jego ciążą na Towarzystwie lekarskiem.

Po zaznajomieniu się obecnych z najważniejszemi ustępami ustawy, przystąpiono do wyborów, które dały wynik następujący: Do Zarządu wybrani zostali: prezesem kol. Czajkowski, wiceprezesem kol. Królikowski, sekretarzem kol. Weinzieher, skarbnikiem kol. Zieleniewski, bibliotekarzem kol. Puterman, członkami Zarządu kol. Dehnel i kol. Pfabe. Do komisyi rewizyjnej: kol. Wołkowicz, kol. Falkowski i kol. Kołudzki.

Na zasadzie §§ 22 i 23 ustawy ustanowiono składkę roczną dla członków rzeczywistych w wysokości 18 rb, z czego trzecia część, t. j. 6 rubli powinna iść na fundusz zapomogowy (dla podupadłych członków, oraz wdów i sierot po nich), 12 zaś rubli na ogólne potrzeby Towarzystwa.

Wnioski nagłe, przedstawione przez kol. Falkowskiego, postanowiono po dyskusyi przekazać zarządowi do rozważenia i przedstawienia opinii o nich na następnem zebraniu. (Ciąg dalszy nast.).

S. Weinzieher (Będzin).

Towarzystwo lekarskie wileńskie.

VI. Posiedzenie z dnia 12/25 października 1911.

Obecnych 26 członków i 4 gości.

Prezes kol. Wojnicz powiadamia zebranie o zgonach członków Tow., Drów Jana Wyzgo, Jana Stella-Sawickiego, Pawła Sawickiego, M. Wygodskiego i Szlezingera. Zgromadzenie po wysłuchaniu nekrologów uczciło pamięć zmarłych przez powstanie.

2) Kol. Kan wykłada: **O rentgenodyagnostyce w medycynie wewnętrznej** i pokazuje liczne rentgenogramy, wykonane w Wilnie i Berlinie. Wiadomo powszechnie, jak znakomite usługi oddaje chirurgom rentgenodyagnostyka. W medycynie wewnętrznej metoda prześwietlania i zdjęć rentgenowskich niewątpliwie odegra rolę doniosłą. Prześwietlanie daje badaczowi możność obserwować niektóre narządy wewnętrzne, a zarazem określać ich wielkość, ruchy i t. d., z czego wnosić można o czynności narządu i udziale jego w sprawie chorobowej. Zdjęcia rentgenowskie już obecnie w chorobach narządów klatki piersiowej dają nader cenne wskazówki, np. gruzełkowe nacieki w płucach, nie dające się rozpoznać metodami zwykłemi, a nawet podczas prześwietlania, uwidoczniają się na rentgenogramach. Poglądowo — na zdjęciach — pokazuje prelegent, jak należy odczytywać rentgenogramy.

3) Kol. Marenicz opowiada historyę powstania w Wilnie Wydziału wszechrosyjskiej **Ligi walki z gruźlicą** i jako prezes Zarządu Wydziału wileńskiego zdaje sprawę z dotychczasowej działalności Zarządu. Zarząd zwrócił się do wybitniejszych działaczy w organizacyi przeciwgruźliczej Królestwa Polskiego o poradę w sprawie zorganizowania wśród społeczeństwa propagandy idei walki z gruźlicą. Uprzejmie nadesłano dużo broszurek popularnych i wzory obwieszczeń z Warszawy, Łodzi i Krakowa. Obecnie Zarząd gromadzi materyały w sprawie sposobów walki z gruźlicą, oraz opracowuje plan owej walki stosownie do warunków miejscowych. Zarząd projektuje otworzyć ambulatoryum i żywi nadzieję wybudowania w pobliżu Wilna sanatoryum dla osób dotkniętych gruźlicą.

VIII. Posiedzenie z dnia 12/25 listopada 1911.

Obecnych 25 członków i 8 gości.

1) Kol. Świeżyński **O sztucznej odmie piersiowej w leczeniu gruźlicy płuc**. Mowca zaznacza, że przed laty pierwszy w Wilnie zaczął stosować intubacyę i obecnie pierwszy też zastosował odmę sztuczną w gruźlicy płuc. Po omówieniu powstania idei leczenia odmą i sposobów wykonania tego rękoczynu, oraz wskazań i przeciwwskazań, prelegent opisuje własny przypadek, w którym pomimo ciężkiej postaci gruźlicy płuc stosowanie odmy dało nadspodziewanie pomyślny wynik. Chora ze znacznie posuniętą sprawą gruźliczą w jednem płucu (jamy) i z naciekiem szczytu drugiego płuca, wyniszczona potami i gorączkująca stale pomimo dłuższego pobytu w sanatoryum, została uratowana tylko dzięki odmie sztucznej, dotychczas podtrzymywanej od roku przeszło. Ciepłota zaczęła obniżać się już wkrótce po osiągnięciu zupełnej odmy. Od pół roku chora nie gorączkuje, nie poci się, prawie zupełnie nie kaszle, czuje się zupełnie dobrze, waga znacznie wzrosła. Prelegent podaje statystykę Forlaniniego i innych autorów, z której dobroczynny wpływ odmy jasno się uwidocznia. Należy spodziewać się na ogół wyników dobrych w tych przypadkach, gdzie płuco może być uciśnięte zupełnie, przy niezupełnej bowiem odmie sprawa gruźlicza szerzy się częstokroć nawet szybciej. Rękoczyn zdaniem prelegenta nie jest trudny; należy przestrzegać, żeby koniec igły nie trafił w światło żyły, ponieważ wtedy może powstać zator, lub też w grube zrosty opłucnej, ponieważ łatwo gaz przedostaje się do śródpiersia, co wywołuje częstokroć objawy duszności. Pomimo względnej łatwości wykonania wymaga zabieg wielkiej cierpliwości od lekarza, jak również i od chorego. Pierwsze wpompowanie azotu do opłucnej wywołuje zwykle uczucie duszności (ograniczenie powierzchni oddychającej), silny kaszel i bóle po stronie odmy (rozrywanie zrostów opłucnej i podrażnienie), obfite wydzielanie plwociny (ucisk na płuco, ewent. i na jamy), podniesienie ciepłoty (szybsze wsysanie się endotoksyn gruźliczych). Gdy chory nieco oswoi się ze swym stanem, rękoczyn powtarza się dotąd, aż płuco zupełnie przestanie oddychać, poczem należy podtrzymywać odmę, bacząc ciągle, żeby płuco uciśnięte było jak najzupełniej. Naraz nie należy dużo uciskać, żeby chory stopniowo przyzwyczajał się do nowych warunków oddychania i żeby nie wywołać silnych bólów. Z biegiem czasu opłucna widocznie traci własność szybkiego wchłaniania azotu i zwykle potem coraz to mniej można wpompować. Prelegent pokazuje przyrząd Forlaniniego do wykonania odmy sztucznej. przyrząd do wytwarzania azotu z powietrza i 2 rentgenogramy płuca przed uciskiem i po ucisku.

2) Kol. Szatensztein: **O gorączce w III okresie przymiotu**. Mowca przytacza literaturę i opisuje przypadek z własnej praktyki, w którym wobec mylnego rozpoznania choroby i traktowania jej jako zimnicy stosowano leczenie

przetworami chininy bez pomyślnego wyniku, dopiero leczenie rtęciowe usunęło zupełnie gorączkę. Co się tyczy przyczyny gorączki, to prelegent zgadza się ze zdaniem większości autorów, którzy uznają, że nie wsysanie kilaków, lecz krętki i ich toksyny wywołują owe stany gorączkowe.

W dyskusyi Dr Gierszun stwierdza fakt, że w r. 1870 szkoła Fourniera już opisywała przypadki gorączkowania u kiłowych; Fournier wyraźnie opisuje pierwszy ową gorączkę. Klemperer zaś, o którym mówił prelegent, jak się to często zdarza, nie wiedział o tem, więc opisał ją znacznie później, jako coś nowego.

Sprawy sanitarne w Sejmie.

II.

Sprawozdanie sejmowej komisyi sanitarnej*) o sprawozdaniu Departamentu V. Wydziału krajowego, uchwalone przez komisyę według referatu posła prof. Dr Marsa, nie dostało się pod obrady Sejmu, który zamknięto 14. II. b. r. Sprawozdanie to składa się z trzech części: w pierwszej rozpatruje komisya »sprawy, opracowane w biurach Departamentu«, t. j. streszczone już przez nas i omówione Sprawozdanie Dep. V. za r. 1910/11; w drugiej — sprawozdanie inspektora szpitali krajowych; w trzeciej — podaje własne wnioski. Przytem zarówno na początku sprawozdania, jak i w wielu jego miejscach, powołuje się komisya na dawniejsze wywody i uwagi, które pomieściła w dwu poprzednich swoich sprawozdaniach, (niestety przez Sejm nie załatwionych na równi z obecnem).

Przytoczywszy zestawienia budżetowe i statystyczne Departamentu V, stwierdza komisya, że wydatki na żywienie chorych, na leki i potrzeby sanitarne zmniejszyły się na dzień i głowę, czyli, że mimo wzrostu ogólnego wydatków zaprowadzono oszczędności. Uwaga bardzo na czasie ze względu na te koła poselskie, które są na wzrost wydatków bardzo czułe, w dziale zdrowia publicznego do nich bądź co bądź jeszcze i dziś niezbyt pochopne, a którym stwierdzenie większej jeszcze, niż dotąd oszczędności, wytrąca z ręki argumenta, przeciwne większym na szpitalnictwo nakładom; ale uwaga ta da zapewne dużo do myślenia i tej części posłów, która rozumie, że w obecnych warunkach oszczędność w wydatkach szpitalnych na dzień i głowę nie w każdym względzie jest postępem, i że, jak słusznie podnosi komisya sanitarna w innem miejscu swego sprawozdania, »w szpitalnictwie krajowem dobrze zorganizowana administracya gospodarcza nie jest jego celem«, a celem »jest jakość i wydatność pracy całego szpitalnictwa dla kraju«.

Streszczając wiadomości o robotach rekonstrukcyjnych, adaptacyach i nowych budowach w obu szpitalach krajowych, w zakładzie kulparkowskim, w Kobierzynie i w szpitalach prowincyonalnych według sprawozdania Dep. V, dodaje do nich komisya sanitarna kilka nowych szczegółów, o których dowiedzieć się miała sposobność. I tak znajdujemy tu pomyślną, a ważną wiadomość o zgodzie Ministerstwa na poniesienie części zwiększonych kosztów urządzeń mechanicznych w lwowskiej nowej klinice dermatologicznej, której ukończeniu z wiosną r. b. i otwarciu nic już nie staje na przeszkodzie; dalej podnosi komisya »żywą akcyę ze strony czynników uniwersyteckich krakowskich« dla ostatecznego rozwiązania sprawy Domu porodowego w Krakowie, polecając gorąco poparcie tej akcyi »miarodajnym autonomicznym czynnikom na terenie wiedeńskim«; również pomyślne wieści zawiera sprawozdanie komisyi co do szpitala w Stanisławowie, gdzie odbyta już konferencya wysłanników Wydziału kraj. z Zarządem miasta dała nadzieję pomyślnego załatwienia sprawy. Mniej niestety pomyślne są ostatnie wiadomości co do szpitala w Bochni, gdzie Rada powiatowa odmówiła finansowego poparcia i co do szpitala w Jaśle, gdzie trudno wyszukać odpowiedni grunt pod nowy budynek szpitalny. Komisya podnosi konieczność znalezienia funduszów na własny wodociąg i oświetlenie elektryczne w Kulparkowie, podkreślając zwłaszcza doniosłość zapewnienia zakładowi temu dostatecznej ilości wody, oraz stawia za wzór wszystkim szpitalom w kraju projektowane zbudowanie leżalni w szpitalu kołomyjskim, prosząc Wydział krajowy o popieranie jaknajgorętsze tej sprawy w całym kraju. Z innych spraw szpitalnictwa zajmuje się komisya w osobnym obszernym ustępie poprawą bytu i reorganizacyą służby lekarskiej w szpitalach, bardzo stanowczo i dobitnie wywodząc, że jestto nietylko sprawa zawodowa lekarzy samych, ale także pierwszorzędny czynnik w rozwoju szpitalnictwa krajowego wogóle. Poglądy, wyrażone w tej mierze nie poraz pierwszy przez komisyę sanitarną Sejmu, są najzupełniej zgodne ze stanowiskiem, jakie w tej sprawie jeszcze przed pięciu laty zajęliśmy. »W dobrze zrozumianym interesie kraju« — czytamy w sprawozdaniu komisyi tegorocznem — »powinniśmy dążyć do tego, aby szpitalnictwo krajowe miało sił lekarskich możliwie jaknajwięcej, aby siły te.... były jak najtęższe, aby.... były ze szpitalami związane i oddawały im jaknajwięcej pracy. Niezbędne jest zatem stworzenie lekarzom warunków do spełnienia zadania, którego się od nich społeczeństwo domaga«. W związku z tem domaga się komisya, by »mnożyć placówki potrzebne, nowe w szpitalnictwie«, gdyż »poszczególne oddziały wzrosły do kolosalnych rozmiarów i przerastają siły lekarzy nimi kierujących«, a »z rozwojem nauki powstały nowe kierunki, które wymagają wyrazu widomego w szpitalnictwie krajowem« przez utworzenie stosownych oddziałów w szpitalach stołecznych i przez podzielenie większych szpitali prowincyonalnych na oddziały. Są to postulaty, którym w r. 1907 daliśmy w »Przeglądzie lek.« również wyraz, które dotąd nie są w dostatecznej mierze spełnione, a których wymienienie przez sejmową komisyę sanitarną z radością witamy, jako rokujące postęp i na tem polu.

Równą zgodność punktu wyjścia komisyi z naszem stanowiskiem stwierdzić należy w sprawie opieki nad podrzutkami. »Dla podrzutków« — ubolewa słusznie komisya — »niema w naszym kraju dzisiaj żadnej ostoi. Obecnie krajowe fundusze, na ten cel przeznaczone, idą na wychowanie podrzutków, umieszczonych za granicami kraju, gdzie ich wychowują w duchu innej narodowości. Jednostki te są dla nas stracone... Finansowe położenie kraju tamuje niewątpliwie dążności do zaradzenia złemu, nie zwalnia jednak od pewnych obowiązków w tym kierunku«. Zanim powstaną odpowiednie zakłady, porusza komisya myśl, czyby nie znalazło się między Zgromadzeniami zakonnemi takie, któreby przy pomocy kraju objęło opiekę nad podrzutkami.

W osobnych ustępach swego sprawozdania zajmuje się komisya całym szeregiem spraw, które Departament V tym razem w swem sprawozdaniu pominął. Są to prawie wszystkie te braki, któreśmy już wymienili, omawiając sprawozdanie Dep. V., a więc brak szczegółowych danych o szkole pielęgnowania chorych dla Sióstr zakonnych we Lwowie, brak dokładnego przedstawienia stanu okręgowej organizacyi sanitarnej (komisya dodaje wiadomość, że aktywowanych jest dotąd 182 okręgów i gorąco przemawia za poprawą bytu lekarzy okręgowych), brak wszelkich wiadomości o zdrojownictwie, brak osobnego zobrazowania udziału kraju w walce z gruźlicą i programu dalszej akcyi, brak wiadomości o próbach leczenia matołectwa i t. d. Ta zgodność wywodów komisyi sanitarnej Sejmu o brakach tegorocznego sprawozdania Departamentu V. Wydziału krajowego z naszemi w tym przedmiocie uwagami, jest chyba czemś więcej, niż szczególnym zbiegiem okoliczności. Upatrywalibyśmy w niej jednomyślne odczuwanie w szerszych już sferach, że zakres zadań kraju na polu społeczno-higienicznem wzrasta i coraz więcej wzrastać musi i że konieczną jest rzeczą, aby nasz rząd autonomiczny nietylko za tym wzrostem postępował, ale aby go uprzedzał, przewidująco w swoją rękę ujmował i sam nowe tory dlań wytykał. Jednem słowem, mniemamy, nadszedł widocznie czas, że naczelnym naszym władzom autonomicznym przypadnie nietylko spełniać postulaty, podnoszące się na tem polu z grona posłów sejmowych, ze sfer lekarskich i z szerszych kół społeczeństwa, ale że przypadnie im także objąć rolę kierowniczą i przodującą.

Z niewspomnianych przez nas, a podniesionych przez komisyę spraw tego zakresu, spotykamy wcale ważną sprawę pomnożenia liczby członków Najw. Rady Zdrowia, powoływanych z Galicyi, gdyż obecna liczba, sześciu, daleką jest jeszcze od zadośćuczynienia naszym uzasadnionym żądaniom. Słusznie też przypomina komisya, że »zbliża się czas nowych nominacyi, a tem samem i pora do ponowienia naszych żądań«, jak to Wydział krajowy postanowił uczynić w odpowiednim czasie. Natomiast sprawę zmiany normy żywienia w szpitalach, którą już zajął się Wydział krajowy, omawia może komisya sanitarna — naszem zdaniem — zbyt krótko, w stosunku do jej doniosłości. Uderza też w sprawozdaniu sejmowej komisyi sanitarnej zupełny brak wzmianki o sprawie szpitala dla dzieci św. Ludwika w Krakowie, choć, jak mniemamy, jest to rzecz znaczniejszej wagi nietylko dla Krakowa i okolicy, a sposób traktowania jej

*) Opublikowane w Nr. 4 »Głosu lekarzy«.

przez Wydział krajowy wymagałby może zajęcia pewnego stanowiska.

Sprawozdanie Inspektoratu szpitali omawia komisya sanitarna w ogólnym zarysie, słusznie pochwalając ulepszoną od lat kilku przejrzystszą formę tych sprawozdań i widniejącą z nich pewną planowość w akcyi, świadomej celu. Ta planowość i konsekwentne prowadzenie systematycznej akcyi, w ciągu lat kilku wydały już i wydawać będą dalej obfite i rychłe plony. Komisya podnosi, że w sprawozdaniach dawniejszych była »głównie mowa o niedostatkach budowli, ich położenia i rozmiarów«, gdy dziś więcej zwraca się w tych sprawozdaniach uwagi na urządzenie wewnętrzne, na sprawę leczenia i pielęgnowanie chorych. »Ta różnica«, stwierdza komisya, »powstała samorzutnie i jest wynikiem ciągłego rozwoju szpitali (scil. prowincyonalnych), które z niewielu wyjątkami przedstawiają się dzisiaj co do budowli lepiej, aniżeli szpitale krajowe« (tj. we Lwowie i w Krakowie). Dowiadujemy się też ze sprawozdania komisyi, że za wzorem już urządzonych w Krakowie i we Lwowie pracowni rentgenologicznych, mają powstać takież pracownie w szpitalach w Przemyślu i Tarnowie i że Wydział krajowy przygotowuje obszerniejszą publikacyę o stanie naszych szpitali, którą ma wydać Ministerstwo spraw wewnętrznych.

Wreszcie wnosi komisya sanitarna, aby Sejm, przyjmując do wiadomości 3 ostatnie sprawozdania Departamentu V. (t. j. od r. 1908 do 1911), uchwalił wezwać Rząd: 1) do zbudowania w Galicyi państwowego Zakładu dla umysłowo chorych zbrodniarzy, 2) do przeznaczenia dla Galicyi z państwowego funduszu przeciwgruźliczego zasiłku w stosunku do liczby ludności, 3) do przyspieszenia rokowań w sprawie budowy Domu porodowego w Krakowie, 4) do szybszego opracowania planów i kosztorysów brakujących jeszcze we Lwowie 3 budynków klinicznych, 5) do szerokiej akcyi w sprawie leczenia i zapobiegania jaglicy, 6) do przyspieszenia budowy szpitala w Nadwórnej i pawilonu dla chorych wenerycznych w Stryju; oraz, aby Sejm polecił Wydziałowi krajowemu: 7) przyspieszenie rokowań z Rządem o Dom porodowy wspólny z kliniką w Krakowie, a gdyby one do połowy r. 1912 nie mogły być ukończone, rozpoczęcie planów na pawilon wyłącznie dla celów szpitalnych i szkoły położnych (bez kliniki), 8) zwołanie ankiety w sprawie zaopatrzenia kraju w dobrą wodę, 9) zebranie materyałów do projektu ustawy o gminnych przytułkach dla nieuleczalnie chorych, 10) przygotowanie na najbliższą sesyę sejmową planu reorganizacyi lekarskiego personalu szpitalnego, 11) przedstawienie w najbliższej sesyi Sejmu wniosków na podstawie wyników ankiety przeciwgruźliczej, 12) wprowadzenie nowej normy żywienia chorych w szpitalach i przedstawienie jej Sejmowi w najbliższej sesyi, 13) jak najrychlejszą rekonstrukcyę tych budynków w krakowskim szpitalu św. Łazarza, których przeznaczenie się nie zmieni, 14) staranie o zaopatrzenie zakładu w Kulparkowie w dostateczną ilość wody i oświetlenie elektryczne, oraz przedstawienie planu i kosztorysu budynku mieszkalnego dla funkcyonaryuszy Zakładu, 15) jaknajrychlejszą budowę pawilonu izolacyjnego w szpitalu w Drohobyczu.

W ten sposób wnioskami swymi uzupełnia komisya sanitarna sejmowa wiele z tego, czego brak w tegorocznem sprawozdaniu i wnioskach Wydziału kraj., dając zarazem wyraz niektórym ważnym postulatom z szeregu tych, które podnosi Krajowa Rada zdrowia. Postulaty te, dzięki poruszeniu ich przez komisyę sanitarną, zwrócą może nareszcie (gdy sprawozdanie komisyi doczeka się załatwienia) na siebie uwagę Sejmu, który ma w ręku ich spełnienie. C.

Sprawa Morszyna.

W fundacyi im. Stillerów dla wdów i sierót po członkach Towarzystwa lekarzy galicyjskich zamierzone są zmiany, o których decydować będzie jedno z najbliższych Walnych Zgromadzeń Towarzystwa. Ponieważ sprawa ta wielu członkom Towarzystwa nie jest dość szczegółowo znana, przeto przytaczamy (z nieznacznemi skróceniami) sprawozdanie Wydziału krajowego, przedłożone w tej sprawie Sejmowi w bieżącej sesyi.

»Zmarły w Morszynie dnia 14. stycznia 1884 ś. p. Bonifacy Stiller aktem darowizny z daty Lwów, 12. marca 1881, zapisał dobra Morszyn i zdrojowisko Towarzystwu lekarzy galicyjskich na własność z tem przeznaczeniem, że dochody tych dóbr służyć mają na wsparcia dla wdów i sierot po zmarłych członkach wspomnianego Towarzystwa wyznania chrześcijańskiego. W myśl rozporządzenia ś. p. fundatora z darowizny tej utworzona została fundacya im. Bonifacego i Magdaleny Stillerów, dobra Morszyn i zdrojowisko stanowią po wieczne czasy kapitał żelazny tejże fundacyi, a obdarowane Towarzystwo podług ustępu III. aktu darowizny nie ma prawa ani mocy do sprzedania lub jakiegokolwiekbądź pozbywania tego majątku, a to pod nieważnością aktu i z tem dalszem następstwem, iż w takim wypadku dobra Morszyn i zdrojowisko staną się własnością kraju z obowiązkiem użycia dochodów na cel wspomniany.

Objąwszy po śmierci ś. p. Bonifacego Stillera w styczniu r. 1884 posiadanie dóbr Morszyn i zakładu kąpielowego tamże, zastało Towarzystwo lekarzy galicyjskich dobra te, a przedewszystkiem zakład kąpielowy w bardzo opłakanym stanie, położenie zaś było tem trudniejsze, iż na Morszynie ciążyła podówczas pożyczka Banku austro-węgierskiego w sumie 18.000 zł. w. a. czyli 36.000 koron. Ze sprzedaży części drzewostanów i z kapitału propinacyjnego spłacono pożyczkę Banku austro-węgierskiego i poczyniono najniezbędniejsze wkłady w Morszynie. W pierwszych latach nie przynosił Morszyn żadnego dochodu i dopiero od roku 1897 mogło Towarzystwo lekarzy galicyjskich z dochodów Morszyna udzielać wdowom i sierotom po członkach Towarzystwa pewnych zasiłków, a mianowicie wypłacono w roku 1897 kwotę K 2.330, w roku 1898 kwotę 3.000; później jednak dochody z każdym rokiem malały, a ponieważ zakład kąpielowy był bardzo prymitywnie urządzony, zmniejszała się z każdym rokiem frekwencya i Towarzystwo miało zawsze największe trudności w wyszukaniu lekarza zdrojowego, gdyż wobec braku zakładu kąpielowego, żaden z bardziej wziętych lekarzy nie chciał ryzykować straty czasu i trudu na sezon morszyński. Przyszedłszy do przekonania, że bez znaczniejszych wkładów nie podobna Morszyna podnieść i zapewnić spełnienie intencyi fundatora, upoważniło Walne Zgromadzenie Towarzystwa uchwałą z 28. lutego 1900 Radę Zawiadowczą do zaciągnięcia na hipotekę Morszyna pożyczek do wysokości K 100.000.

Pomimo, że całej waluty tych pożyczek użyto na wkłady w budowę łazienek i innych urządzeń zakładu Morszyńskiego i mimo, że podniesiono dochód z dzierżawy folwarku, przedstawia się obecny stan rentowności Morszyna jeszcze gorzej, aniżeli dawniej. Od roku 1904 nie miało Towarzystwo z Morszyna żadnych dochodów, któreby w myśl intencyi fundatora mogły być użyte na wsparcia wdów i sierót po członkach Towarzystwa, ale przeciwnie w ostatnich latach wykazywały zamknięcia rachunkowe Morszyna zatrważające niedobory. W szczególności wynosiły te niedobory: w roku 1907 kwotę K 3.256·41, w r. 1908 kwotę K 4.457·91, a również i rok 1909 zamknięty został poważnym niedoborem 1.289 K 84 h. Te niedobory pokrywało dotychczas Towarzystwo zaliczkami z innych funduszów Towarzystwa.

W tym stanie rzeczy musiało Towarzystwo przyjść do przekonania, że Morszyn nietylko nie spełnia celu zamierzonego aktem donacyjnym ś. p. Bonifacego Stillera, ale przeciwnie staje się dla Towarzystwa dotkliwym ciężarem. Wskutek tego wybrało Walne Zgromadzenie osobną Komisyę do zbadania tej sprawy, która doszła do przekonania, że wśród obecnych stosunków nietylko nie można liczyć na jakąkolwiek rentowność Morszyna, ale przeciwnie będzie zakład zdrojowy z każdym rokiem upadał, a frekwencya gości będzie coraz mniejszą. Naturalnem jest bowiem, że każdy Zakład zdrojowy, pominąwszy nawet większe inwestycye, wymaga co roku znacznych wkładów na utrzymanie i odnowienie budynków, urządzeń zdrojowych i inwentarza, a wykluczonem jest na przyszłość, by Towarzystwo z innych swoich funduszów mogło udzielać Morszynowi zaliczek.

Nie mając nadziei na polepszenie tego rzeczywiście opłakanego stanu rzeczy, musiało Towarzystwo przyjść do przekonania, że pozostając przy własności Morszyna, nie zdoła spełnić szlachetnych intencyi fundatora. Gdy jednak w myśl cytowanego aktu donacyi Morszyn miał być tylko środkiem, a celem miało być wspieranie wdów i sierót po członkach Towarzystwa, nasuwa się z logiczną koniecznością myśl, ażeby przystąpić do sprzedaży Morszyna. Fundator zabronił wprawdzie Towarzystwu sprzedaży darowanego majątku i zastrzegł, że w takim razie przeszedłby Morszyn na własność kraju, który miałby spełniać intencye fundatora, nie można się przecież łudzić, by kraj, objąwszy Morszyn na własność, mógł z tego, obecnie biernego majątku osiągnąć odpowiednie dochody. Te same bowiem względy, które zabraniają Towarzystwu lokowania swoich funduszów w tak wątpliwy jak Morszyn interes, nie pozwalałyby, aby fundusz krajowy angażował się w interes morszyński. Rezultat więc byłby podobnie smutny, a mianowicie, że Morszyn zacząłby coraz

bardziej upadać, a wdowy i sieroty po lekarzach galicyjskich nie miałyby z tego majątku żadnych zasiłków.

Dyrekcya Banku krajowego oszacowała dobra Morszyn w r. 1907 na 186.000 K. W tym szacunku nie uwzględniono wcale wartości rębnych już drzewostanów, które wedle opinii znawców przedstawiają wartość K 70.000—80.000. Nadto przyjęto wartość budynków gospodarskich, karczem i zakładu kąpielowego tylko na K 34.000 pomimo, że wartość części spalnych tych budynków wynosi wedle polic asekuracyjnych K 109.596. Wreszcie nie uwzględniono wartości leczniczej wód morszyńskich i ewentualnego dochodu z rozpoczętych już wierceń za kainitem, jak niemniej bardzo wartościowych pokładów gliny. Przy uwzględnieniu więc tych pominiętych w szacunku Banku krajowego wartości, przychodzi się do wniosku, że za Morszyn wraz z zakładem kąpielowym możnaby dostać około 320.000 K. Gdy zaś długi Morszyna, a mianowicie pożyczka Banku krajowego i zaliczki, z innych funduszów Towarzystwa Morszynowi udzielone, wynoszą mniej aniżeli 120.000, więc pozostałoby ze sprzedaży netto co najmniej 200.000 K, a roczny procent od tego kapitału wynosiłby 8.000 K i stanowiłby poważny zasiłek na wsparcia dla wdów i sierót po członkach Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Wkłady, jakie Towarzystwo dotychczas przez zaciąganie pożyczek i przez zaliczkowanie z innych swoich funduszów w Morszyn poczyniło, okazały się niewystarczającymi i wedle opinii fachowych członków Towarzystwa mógłby Morszyn liczyć na rozwój i stały dochód dopiero wtedy, gdyby poczyniono wkłady w wysokości przynajmniej pól miliona koron. Fundacya Stillerów nie posiada jednak żadnych kapitałów, a gdy Towarzystwo nie może innych swoich funduszów obracać na wkłady morszyńskie i gdy jest wręcz wykluczonem, ażeby na hipotekę Morszyna można zaciągnąć taką pożyczkę, któraby na takie wkłady wystarczała, jasnem jest, że Morszyn nietylko nie będzie przynosić dochodów, ale przeciwnie z każdym rokiem coraz bardziej upadać musi.

Towarzystwo, widząc, że wszystkie dotychczasowe usiłowania mimo gorliwej i bezinteresownej pomocy członków Towarzystwa, zajmujących się Morszynem, pozostały bezowocnemi, musiało powziąć decyzyę sprzedaży Morszyna. Sprawa zaś ta jest tem naglejszą, że w razie przedłużania obecnego stanu znaleść się może Towarzystwo pod grozą licytacyi Morszyna ze strony Banku krajowego, który na ten majątek pożyczki udzielił.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że kapitał uzyskany ze sprzedaży Morszyna względnie reszta, da pewny i stały dochód, który w myśl intencyi fundatora będzie mógł być użyty na zapomogi, a przeciwnie nie można się łudzić, by w razie zatrzymania Morszyna nadal przy własności Towarzystwa cel ów mógł być osiągnięty.

W tym stanie rzeczy Wydział krajowy na prośbę Towarzystwa lekarzy galicyjskich celem umożliwienia temu Towarzystwu sprzedaży Morszyna przedstawia wniosek następujący: Sejm upoważnia Wydział krajowy do zrzeczenia się imieniem kraju decyzyą Wydziału krajowego z 30. czerwca 1891 L. 22.649 przyjętych praw i obowiązków, określonych w ustępie III. aktu donacyi ś. p. Bonifacego Stillera z daty Lwów, 12. marca 1881 w art. III. aktu fundacyi im. Bonifacego i Magdaleny Stillerów«.

W sprawie projektowanych zakładów sanitarnych w Krakowie.

Naczelny lekarz miejski Krakowa, Dr Tomasz Janiszewski i bakteryolog miejski, doc. Dr Roman Nitsch, opracowali pod tym tytułem obszerny elaborat, w którym, określając zasadnicze stanowisko Miejskiego Urzędu zdrowia w sprawach higieny publicznej, wyjaśniają konieczność i doniosłość nowych zakładów sanitarnych: domu izolacyjnego, zakładu odkażania i pracowni bakteryologicznej i opisują obecny stan rzeczy oraz plan i przyszłą działalność tych zakładów.

Dla czytelników »Przeglądu lekarskiego« zbyteczną byłoby rzeczą omawiać potrzebę i znaczenie zakładów tego rodzaju i dlatego nie przytaczamy tu tej części publikacyi Dr Janiszewskiego i doc. Nitscha. Wspomnieć jednak należy, że widnieje z niej głębsze pojmowanie zadań Urzędu zdrowia, oparte na ogólnej idei przewodniej, na przejęciu się sprawą higieny rasy, sprawą jej udoskonalenia, co jak wszędzie, tak i nas, ma wielkie znaczenie narodowospołeczne. Do tych zasad naczelnych dostraja krakowski Urząd zdrowia cały, częściowo już wykonany, program reform sanitarnych, którego ważną częścią jest właśnie należyte zorganizowanie walki z chorobami zakaźnemi zapomocą wspomnianych trzech zakładów.

W tej sprawie piszą Dr Janiszewski i doc. Nitsch, co następuje:

»Kraków ma obecne zakłady dla chorych zakaźnych bardzo niedostateczne jużto co do rozmiarów, jużto co do wygód i komfortu. Brak wielki leży też w tem, że z wyjątkiem kilku separatek w klinice i w szpitalu, w całym Krakowie niema miejsca, gdzieby przyjąć można było z chorem dzieckiem i matkę lub inną osobę towarzyszącą, niechcącą opuszczać chorego. Zaś nigdzie nie jest możliwe to, czego sobie nieraz chorzy lub ich rodzina życzą, żeby domowy lub inny lekarz, mający ich zaufanie, mógł po przewiezieniu do szpitala leczyć i nadal chorego. Z tych powodów niezawsze udaje się namówić rodzinę, nieraz nawet biedną, do oddania dziecka chorego np. na płonicę do szpitala. Oczywiście niema w tych warunkach mowy o skutecznem przeciwdziałaniu rozszerzaniu się choroby zakaźnej. Dlatego to Kraków ma bardzo wysoką cyfrę rocznych zachorowań i śmierci na choroby zakaźne (stosunkowo znacznie wyższą, niż większe miasta leżące w niemieckich prowincyach Austryi).

Dom izolacyjny ma stanąć w najzdrowszej części miasta, na gruntach dawnego zakładu kontumacyjnego w Prądniku białym. Pawilony zakaźne projektuje się dwojakiego typu. Dwa pawilony o salach wspólnych dla pewnej ilości chorych i dwa o osobnych pokojach dla każdego chorego. W obu typach uwzględniono sale dzienne dla chorych, możliwość przebywania matki z chorem dzieckiem, możliwość odwiedzania chorych, dostarczania jedzenia i bielizny bez obawy przeniesienia choroby. Pawilony będą miały przyrządy do dezynfekcyi plwocin, kału i moczu. Oczywiście będzie w pawilonach telefon, przez który każda osoba interesowana będzie mogła zawsze rozmówić się z miastem. Do przewożenia chorych służyć będzie specyalna karetka.

W razie wybudowania pawilonów można będzie w przeciągu kilku lat zmniejszyć nadmierną liczbę przypadków zachorowań i śmierci z chorób zakaźnych.

Śmiertelność w miastach niemieckich, liczących więcej niż 15.000 mieszkańców i w Krakowie wynosiła na tysiąc mieszkańców rocznie:

Lata	Miasta niemieckie	Kraków
1877—1881	27	37
1882—1886	27	34
1887—1891	23	42
1892—1896	22	37
1897—1901	20	34
1902—1906	18	32

(Obliczenie ze sprawozdań Krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi).

Gdy śmiertelność z gruźlicy wynosiła w roku 1905 na każde 10.000 mieszkańców: w Antwerpii 13·1; w Amsterdamie, Brukseli, Londynie 14·7; w Berlinie 21·4; w Paryżu 38; to we Lwowie wynosiła ona w roku 1905 71·7, a w Krakowie 84·8 na każde 10.000 tysięcy mieszkańców! (Obliczone według cyfr podanych w »Oesterreichisches Sanitätswesen«).

Obecny zakład dezynfekcyjny nie odpowiada potrzebom miasta tak wielkiego, jak Kraków, ani co do rozmiarów, ani co do urządzeń wewnętrznych.

Także jego obecne umieszczenie na Dajworze w obrębie zakładu Talarda jest bardzo nieodpowiednie. Przy samem wejściu do zakładu dezynfekcyjnego stoją wozy, służące do wywożenia nieczystości z dołów kloacznych, z których rozchodzi się, zwłaszcza w lecie, woń nieprzyjemna. Zakład sam podzielony został w r. 1909 ściśle na 2 części: odkażoną (czystą) i zakażoną (nieczystą) i zostały w nim również wtedy sprawione te wszystkie urządzenia, które umożliwiają obecnie przeprowadzenie dezynfekcyi bez wielkich błędów. Przed rokiem 1909 nie było właściwie w Krakowie zakładu dezynfekcyjnego, bo stary zakład, zbudowany w roku 1886 według ówczesnych wymogów, został później zupełnie zaniedbany.

Obecny zakład mieści po stronie nieczystej (do której wjeżdża się przez składy Ekonomatu miejskiego) szopę, służącą do dezynfekowania wozów, w których przewieziono rzeczy zakażone lub osoby stykające się z zakaźnie chorymi. W tej samej

szopie mieści się również skład aparatów dezynfekcyjnych, wapna i remiza na wozy. Przez bardzo małe podwórko przechodzi się do sali dezynfekcyjnej nieczystej. Jest to niewielka izba, w której ścianę wmurowano aparat do dezynfekcyi parą, drugi do dezynfekcyi formaliną i trzeci do gotowania pościeli i bielizny zakażonej. Czasem cała ta izba z powodu swej szczupłości zawalona jest rzeczami zakażonemi, przywiezionemi z miasta, tak że trudno się w niej poruszać.

Pracę w niej spełnia jeden dezynfekcyonaryusz, ubrany w chałat szczelnie zapięty, buty płócienne i kaptur na głowie. Przez jego ręce przejść powinna każda sztuka bielizny czy pościeli, każda część ubrania, którą przywieziono do odkażenia. W zagranicznych większych miastach służbę po stronie nieczystej pełni kilka osób; nie jest to za dużo wobec nawału pracy, jaką przynoszą niektóre dni; rzeczy troskliwie przebrane, przeznaczone i starannie umieszczone w aparatach dezynfekcyjnych, nie ulegają zamianie, nie niszczą się i nie mną się tak jak u nas, gdzie wszystkie te czynności musi spełniać jeden człowiek.

Gdy dezynfekcyonaryusz wszystkie rzeczy umieści w przyrządach odkażających i zamknie je szczelnie, daje znać telefonem na stronę czystą, że przyrządy są naładowane i że można zacząć odkażanie, porządkuje izbę nieczystą, zlewa w niej podłogę i ściany sublimatem lub lysolem, zostawia swoje ubranie po stronie nieczystej i przechodzi do łazienki, w której się kąpie i obmywa dokładnie, a wyszedłszy z łazienki ubiera się w pokoiku po stronie czystej w inną bieliznę i ubranie i tak oczyszczony przechodzi na stronę czystą.

Na stronę czystą obecnego zakładu dezynfekcyjnego wchodzi się przez zakład Talarda. Składa się ona z podwórka, remizy i małego budynku, złożonego z trzech ubikacyi. Panuje tam wielka ciasnota, czego następstwem jest trudność utrzymania porządku.

Z trzech ubikacyi, pierwsza służy za kotłownię i warstat maszynisty: równocześnie mieści się w niej ustęp i podręczny skład węgla. Ubikacya ta jest tak mała, że 3 ludzi trudnoby się w niej poruszało; woń z ustępu zanieczyszcza nieraz jej powietrze, mimo, że ściany starannie oklejono papierem. Od kotła rozchodzi się wielkie gorąco, kocioł stary, zniszczony, nie nadaje się według opinii znawców więcej do naprawy.

Z kotłowni przechodzi się do sali dezynfekcyjnej po stronie czystej. Jest to ubikacya, która może mogłaby uchodzić za dużą w mieszkaniu ludzi niezamożnych, ale której rozmiary są wprost śmieszne, jeśli się żąda, aby wystarczyły na salę dezynfekcyjną dla całego Krakowa. Oświetlona jednem dużem oknem ma starożytne urządzenie wentylacyjne u sufitu. Mieści się w niej po połowie 3 przyrządów dezynfekcyjnych, wmurowanych w jedną ścianę. Z nich 1) duży aparat do dezynfekcyi parą, w użyciu od 25 lat, jest tak stary i tak zniszczony, że każdego dnia może wprost rozlecieć się; tę opinię wydała o nim już niejedna komisya znawców; 2) aparat formalinowy jest jeszcze dobry, ale o wiele za mały na potrzeby Krakowa; 3) przyrząd do gotowania bielizny nie może obecnie spełniać należycie swego zadania bez maszyny do prania bielizny, bez suszarni, bez magli i bez prasowalni.

Trzecia mała ubikacya po stronie czystej przeznaczona jest na pokoik dla dyżurnego dezynfekcyonaryusza, który w nim i noc przepędza.

W kilku słowach poruszymy teraz sprawę wykonywania dezynfekcyi w mieście, w mieszkaniach. I ta rzecz niestety nie dzieje się jeszcze tak, jakby można wymagać. Jedną z przyczyn jest za mała ilość służby dezynfekcyjnej. Jest ich wszystkich 7 ludzi, prócz tego jeden maszynista, który musi siedzieć w zakładzie przy kotle i dwóch woźniców.

Z siedmiu ludzi, przeznaczonych do wykonywania dezynfekcyi, jeden musi zostawać w zakładzie dezynfekcyjnym dla odkażania rzeczy przywożonych z miasta. Jego zadaniem jest też (przeważnie) przynoszenie ubrań osób kąpiących się w domu izolacyjnym do zakładu i odkażanie tych ubrań.

Pozostałych 6 ludzi wykonuje odkażanie mieszkań w mieście. Jeśliby dziennie wypadło tych odkażań 4—5, to ludzie ci mogliby sprostać zadaniu i możnaby wymagać od nich większej dokładności w robocie. Ale często się zdarza, że wypadnie wykonać odkażanie w 6, 7, 8, a nawet i 9 mieszkaniach dziennie.

W r. 1911 wykonano w Krakowie formaliną dezynfekcye w 1.263 ubikacyach, sublimatem dezynfekcye w 1.110 ubikacyach, odkażono korytarzy, klatek schodowych, studni 690. Objętość w metrach kubicznych ubikacyi odkażonych formalną wynosiła 95.806 m^3.

Odkażono wozów, fiakrów, karetek, służących do przewożenia zwłok, lub ludzi chorych na zakaźne choroby 409. Zabrano do dezynfekcyi w zakładzie rzeczy (pościel, ubrania, bieliznę) z 1.439 mieszkań. Nadto odkażono ubrania 3.118 osób, kąpiących się w domu izolacyjnym.

Dezynfekcye te wykonano po następujących chorobach: po płonicy 820 razy, po gruźlicy 462 razy, po błonicy 246 razy, po durze brzusznym 140 razy, po durze plamistym 4 razy, po odrze 23 razy, po róży 10 razy, po ospie 5 razy, po wągliku 4 razy, po czerwonce 8 razy, po innych chorobach 75 razy. Prócz tego odkażono 67 razy transporty włosów, pochodzących z różnych stron świata (Chiny).

Nowy zakład ma być kilka razy większy niż obecny, ma zawierać dużą salę do sortowania rzeczy po stronie nieczystej i taką samą odpowiadającą jej wielką salę po stronie czystej. Ma mieścić dość obszerną i wygodną łazienkę dla dezynfekcyonaryuszy, pokój dla dyżurnych, ubikacye do rozbierania się i ubierania dla nich po kąpieli, skład na chemikalia do dezynfekcyi i na przenośne aparaty dezynfekcyjne. W nowym zakładzie projektowana jest pralnia z maszynowem urządzeniem, suszarnia, gdzieby bieliznę mokrą z centryfugi można w krótkim czasie wysuszyć, a potem wyprasować. Przewidziano też pokój na cerowalnię, gdzieby można łatać bieliznę uszkodzoną. Starano się w projekcie o to, żeby dezynfekcya była możliwie staranna i żeby zwracano publiczności rzeczy z zakładu nietylko odkażone, ale o ile można czysto uprane i gotowe do użycia.

Miejski d o m izolacyjny obecnie mieści się w skromnym parterowym budynku, częściowo przez grzyb zniszczonym i ze starej fabryki latarń przerobionym. Dom ten służy do kąpieli osób po chorobach zakaźnych jakoteż i domowników, o ile stykali się z chorymi. Nazwa jego więc nie jest całkiem odpowiednia. Dom ten powinien się właściwie nazywać »łaźnią miejską do kąpieli osób po chorobach zakaźnych«.

Przystosowano go w r. 1909 o ile można najlepiej do celu, któremu służy obecnie, mimo bardzo nieodpowiedniego rozkładu ubikacyi i mimo szczupłości budynku. Prócz szczupłości lokalu jest jego wielką wadą złe funkcyonowanie piecyków gazowych, ogrzewających łazienki i brak poczekalni dla osób po kąpieli. Wskutek tego publiczność musi po kąpieli wychodzić wprost na dwór.

Dziennie kąpie się tam do 20 osób. Zdarza się jednak nierzadko, że ilość ta przekracza 20, a nawet czasem 30 osób dziennie w różnych porach. Ubranie i bieliznę osób kąpiących się musi przenosić pieszo do obecnego zakładu dezynfekcyjnego dyżurujący w nim sanitaryusz, co zabiera za każdym razem 15—20 minut czasu i wywołuje częste przerwy w jego właściwej pracy. Tak dzieje się, że w warunkach najpomyślniejszych czeka się 3—4 godzin na rzeczy. Ludzie, zmuszeni do przejścia przez dom izolacyjny, tracą na próżno czasem kilka godzin i otrzymują nieraz ubranie pomięte, zanieczyszczone, z czego wynikają usprawiedliwione skargi.

Zaprojektowano przyszły dom izolacyjny tak, że publiczność, przybywająca tam, znajdzie wygodne i czyste, w zimie ogrzane poczekalnie (dla płonicy osobne, osobne dla błonicy i innych chorób), w których wygodnie czas przepędzi, o ile nie będzie mogła zaraz udać się do kąpieli. Łazienki też mają być wygodnie urządzone, ogrzane, widne, z nich wyjście prowadzi drugiemi drzwiami do poczekalni, w których po kąpieli każdy będzie mógł zatrzymać się, jak długo zechce, zanim wyjdzie do miasta.

W obecnym »Domu izolacyjnym« kąpało się w roku 1910 osób 1.312, a w r. 1911 osób 3.118. Ubranie i bielizna wszystkich tych osób zostały równocześnie odkażone«.

(Dok. nast.).

Z zakresu higieny szkolnej

napisał

Dr Adolf Klęsk

lekarz szkolny.

Higiena szkolna zyskuje sobie coraz to szersze pola działania, a przeglądem dość już obfitych plonów był III. międzynarodowy Zjazd dla higieny szkolnej w Paryżu (2—7 sierpnia). Instytucyę lekarzy szkolnych spotykamy już obe-

cnie niemal we wszystkich państwach, choć po większej części lekarze pełnią te czynności jako zajęcie uboczne przy innem, zwłaszcza obok służby rządowej, lub miejskiej. Co do wynagrodzeń, to w Anglii specyalni lekarze szkolni pobierają 6000 K rocznie; gdzieindziej lekarze rządowi, pełniący czynności w szkołach, pobierają prócz pensyi rządowej dodatek szkolny, a w niektórych krajach lekarze mają wynagrodzenie od każdego badanego dziecka (zwykle około 2 koron za głowę). Przeważnie bada się dzieci wstępujące i występujące ze szkoły, przyczem prowadzi się odpowiednie zapiski dla każdego dziecka lub klasy. We Francyi lekarze (bardzo zresztą źle płatni) mają badać dwa razy do roku wszystkie dzieci szkolne.

Niezmiernie pomocne okazały się dla lekarzy tak zwane Siostry szkolne (Nurse, Schulfürsorgeschwester). W Anglii, która pierwsza wprowadziła u siebie te pomocnice, Siostry szkolne rekrutują się z położnych, które prócz tego odbywają 6 miesięczny kurs pielęgnowania chorych. Siostra taka pomaga lekarzom w badaniach, rozbiera i ubiera dzieci, kontroluje, czy zarządzenia lekarza są spełniane, ewentualnie odwiedza dzieci po domach i poucza rodziców o higienie i t. p. Pobiera za to rocznie 40—60 funtów szterlingów (1000—1500 koron). Lekarze szkolni w Anglii twierdzą, że nie wyobrażają już sobie obecnie swej czynności bez pomocy Sióstr szkolnych. Również i w Ameryce Siostry te oddają ogromne usługi, pilnując dzieci w szkołach na świeżem powietrzu, przeprowadzając odkażania klas, ew. opatrując małe rany, zakraplając oczy, udzielając pierwszej pomocy i pouczając higieny. Siostra taka kontroluje też czystość ciała dzieci, dozoruje kąpieli, czystości gmachu szkolnego, palenia w piecach i t. p.

Co do sposobu samego badania dzieci, to niestety bywa ono jeszcze bardzo różne, co utrudnia bardzo następowe porównania statystyczne. Do badania obwodu i zmian kształtu klatki piersiowej przy wdechu i wydechu, podał Dr Dufestel bardzo dogodny przyrząd, nazwany torakografem.

Lekarz odwiedzać powinien szkołę często, lecz nie codziennie, albowiem, jak twierdzi Dr James Kerr, w Ameryce doprowadziło to do szablonu, przed czem z całych sił bronić się należy. Natomiast godne polecenia są raz w tydzień konferencye lekarza z przybyłymi na ten cel do niego rodzicami.

Freemantle podnosi, że można zrobić bardzo wiele, ale wprowadzając wszelkie reformy w szkole tylko zwolna i po kolei. A ileż już rzeczy w ten sposób przeprowadzono! Dość wspomnieć szkoły leśne, na świeżem powietrzu, na dachach domów, (zwłaszcza w Ameryce), dalej szkoły dla dzieci upośledzonych umysłowo i fizycznie, ambulatorya i polikliniki szkolne, kuchnie (Francya) i rozdawanie posiłku w szkole (Niemcy), oraz t. zw. kasy szkolne, oddające we Francyi doskonałe usługi. Kasy te prowadzą we własnym zarządzie szkolne kantyny, kolonie wakacyjne, szwalnie, rozdawnictwo i sprzedaż wyjałowionego mleka i t. p. Wieczorami w szkołach odbywają się kosztem tych kas kursa muzyki, języków, rzemiosł, stenografii, pisania na maszynie, automobilizmu, ogrodnictwa i t. p. Kasy te prowadzą też we własnym zarządzie ambulatorya dla biednych dzieci, łazienki i t. p.

Z ciekawszych propozycyi lekarzy szkolnych godzi się wspomnieć o projekcie wprowadzenia osobnych klas nietylko dla upośledzonych umysłowo, ale naodwrót i dla dzieci bardzo uzdolnionych, a dalej bardzo racyonalny projekt kształcenia głuchoniemych nie dopiero po 6—7. roku życia, ale już odrazu od 2. roku, gdyż doświadczenie amerykańskich lekarzy wykazało, że dziecko głuchonieme właśnie od 2—6. roku życia traci wiele na inteligencyi przez zaniedbanie.

Jakie wyniki osiąga higiena szkolna, niech powiedzą liczby z kraju szczególnego pielęgnowania tej gałęzi wiedzy, t. j. ze Szwecyi. Otóż podług Dufoura w szkołach średnich w r. 1884 liczba dzieci krótkowidzących wynosiła niemal 52%, a w roku 1908 już tylko 18·9%, a to dzięki lekarzom szkolnym i ich zarządzeniom co do oświetlenia ławek, trzymania się przy pisaniu i t. p.

Zupełnie nowem jest uświadamianie płciowe dzieci szkolnych. Na wielką skalę prowadzi je Broadbent pod nazwą: »Mothering«, przygotowując dziewczęta do ich przyszłych obowiązków. Podobno wyniki są znakomite, co potwierdza z Francyi Frühinsholz.

Lord Józef Lister.

(Wspomnienie pozgonne).

Ubył jeden z olbrzymów umysłowych, lecz pozostał po nim gmach wiedzy, trwalszy od spiżu, nieśmiertelny. Zmarł Józef Lister, którego imię znane jest chyba wszystkim, nawet laikom; z tego też powodu mówiąc o działalności Listera, powtórzyć muszę nieraz rzeczy dobrze znane.

Lister urodził się 5 kwietnia roku 1827 w Upton (Essex). Ojciec jego, wprawdzie z zawodu kupiec wina, ale z zapałem oddający się badaniom przyrodniczym (zawdzięczamy mu obliczenie rozmiarów ciałka czerwonego krwi, opis zbijania się ciałek w rulony, różne ulepszenia mikroskopów), zdołał wpoić w syna zapał do nauk przyrodniczych, a zwłaszcza do histologii. Temu też zapewne zawdzięcza Lister swą gruntowną znajomość mikroskopii. W r. 1847 uzyskał Lister bakalaureat i studyować począł histologię pod okiem Sharpeya. Potem poświęcił się chirurgii, był asystentem Erichsena, a wreszcie Symego w Edynburgu. Po swoim mistrzu Symem objął katedrę, a w r. 1883 powołany został jako następca Fergussona do Kings College w Londynie. Katedrę tę zajmował aż do r. 1892, w którym usunął się w zacisze domowe. W r. 1883 został baronetem, w 1897 wreszcie parem w Anglii i pierwszy dotąd z lekarzy wszedł do Izby lordów.

Z imieniem Listera łączy się ściśle rozwój antyseptyki, a przez to i chirurgii. Jak wiadomo, Lister, opierając się na zdaniu Schwanna i Pasteura, że gnicie i fermentacya polegają na działaniu małych tworów roślinnych, wprowadził po raz pierwszy pojęcie antyseptyki. W przypuszczeniu, że pierwiastki zakaźne dostają się do rany z powietrza, starał się chronić ranę przed zakażeniem przez swój skomplikowany opatrunek i rozpylanie nad raną kwasu karbolowego, który na wielką skalę wprowadził w użytek. Po zranieniach kładł Lister na rany płatki, napojone karbolem, niszczącym tkanki i wywołującym strup, pod którym rana goiła się dobrze. Wprawdzie postępowanie to wyda się nam dziś dziwnem, ale nie zapominajmy, jak wtedy rany źle się goiły. Wszak Syme wyraził się, że każde powikłane złamanie kończyny powinno być zaraz poddane amputacyi, bo inaczej grozi śmiercią. W szpitalach róża, zgorzel i zakażenia ogólne zabierały setki ofiar. W czasach takich dokonać takiej zmiany, jaką uzyskał Lister, jest dziełem poprostu epokowem. A właśnie w tych czasach (1867) Lister odważył się pierwszy na wielkie operacye, o których przedtem nikt nie miał pojęcia. On też pierwszy podał sposób podwiązywania naczyń materyałem wsysającym się i pozostawiania podwiązek (przedtem trzymano długie nitki na zewnątrz po podwiązaniu, aż same odpadły). Lister ogłosił również cenne prace o krzepnięciu krwi, zgorzeli wskutek zmian w tętnicach, o znieczulaniu, amputacyach, zapaleniu i t. p.

Jak wielu, tak i Lister zrazu nie był »prorokiem w swej ojczyźnie«. Z początku wyśmiewano się z jego »sposobów«, a nawet studenci bali się chodzić na jego wykłady, bo potem inni profesorowie za wszelkie wzmianki z nauki Listera ganili ich przy egzaminach. Jeden z wybitnych chirurgów ówczesnych wyraził się publicznie: »Wprawdzie roczczyny Listera z dnia na dzień stają się słabsze, ale za to wiara jego w siebie coraz mocniejsza«. Natomiast nauka Listera (zupełnie tak samo, jak się rzecz

miała i ze szczepieniem ospy) przeszła szybko na kontynent i z zapałem podjęli ją i zaczęli udoskonalać Bardeleben, Schultze, Volkmann, Championnière, Miknlicz i inni.

Mimo, że trochę się jąkał, był Lister znakomitym prelegentem, wykładał bardzo jasno i zajmująco. Cechowała go godna podziwu stanowczość, szybka oryentacya i pewność ręki przy operacyach, przy uwzględnieniu przytem zakreślonych granic i niepoddawaniu się temperamentowi. W obejściu miły i gładki, ludzki, o wykwintnych manierach, cieszył się też wielkim powodzeniem, jako lekarz. 5 kwietnia 1907 obchodził Lister 80-letni jubileusz, w którym brał udział cały świat naukowy.

Każdy Anglik zaiste dumnym być może z tego, że ojczyzna jego była i ojczyzną Listera. Jako geniusz ludzkości, należy jednak Lister do wszystkich społeczeństw i narodów. Wprawdzie wiele z tego, co wprowadził, dziś już opuszczono, wprawdzie w miejsce jego nauki powstały inne, obecnie dominujące, nic to jednak nie ujmie sławy ani blasku temu, który pierwszy podniósł swym orlim lotem chirurgię na szczyty, wyprzedzając zapatrywania swych współczesnych o lat dziesiątki.

A. Klęsk.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 14. II. b. r. posiedzenie, na którem, po przyjęciu 8 nowych członków, miał Prof. Rosner wykład: »Z pogranicza położnictwa i chirurgi«. W ożywionej dyskusyi przemawiali Prof. Browicz, Kostanecki, Kader, Ciechanowski, Dr Blassberg, Engländer i prelegent.

— Jak donosi »Głos lekarzy« (Nr 4), zamierza Zarząd główny Towarzystwa Kółek rolniczych rozszerzyć zakres działalności Towarzystwa takie na sprawy zdrowotne włościan i powołał w tym celu do swego grona Dr S. Mikołajskiego. Zamierzone jest ogłaszanie popularnych artykułów higienicznych w »Przewodniku Kółek rolniczych«. Chcących w tej pracy współdziałać prosi Redakcya »Głosu lekarzy« o zgłoszenie się do niej.

— Zamiar Towarzystwa higienicznego we Lwowie, by wydawać popularny miesięcznik higieniczny dla ludu, nie wszedł na razie w wykonanie dla braku funduszów, gdyż Towarzystwa rolnicze nie zapewniły wydawnictwu dostatecznych subwencyi. (»Głos lek.« Nr 4).

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 4. II. do 10. II, 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 7 † — (w tem obcych 1 † —), ospy wietrznej 9, płonicy 10 † — (17 † —), odry 6 † 1, duru brzusznego 3 † — (1 † —), tężca 2 (1). Dr Janiszewski.

Warszawa. Dla uczczenia pamięci Dr Bolesława Żebrowskiego złożyło grono jego kolegów 100 rb. na nagrodę konkursową za najlepszą pracę z dziedziny bakteryologii lub chemii lekarskiej, drukowaną w pismach lekarskich polskich w r. 1912. Sąd konkursowy stanowić będą wybrani członkowie Redakcyi »Gazety lekarskiej«.

— Z okazyi wznowienia regularnego ukazywania się »Odczytów klinicznych«, wydawanych przez »Gazetę lekarską«, podaje »Gazeta lekarska« (Nr 6) dzieje pożytecznego tego wydawnictwa, rozpoczętego w r. 1889. Od tego czasu wyszło w 216 zeszytach 135 »Odczytów«, z tego 61 opracowanych oryginalnie przez autorów polskich, 74 tłómaczonych lub skróconych z piśmiennictwa obcego. Ostatnia (XVIII) serya składała się już wyłącznie z oryginalnych prac polskich.

— PP. Józefowie Kernbaum i Jadwiga Kernbaum ofiarowali dziesięć tysięcy rubli na rzecz Towarzystwa Naukowego Warszawskiego, a to w celu uczczenia pamięci zmarłego współpracownika pracowni radiologicznej p. Curie-Skłodowskiej, Dra fiz. Mirosława Kernbauma. Przeznaczając powyższą kwotę na urządzenie pracowni promieniotwórczej przy Towarzystwie Naukowem Warszawskiem, ofiarodawcy zobowiązali się płacić corocznie na rzecz tejże pracowni rb. 2.000 lub wnieść jednorazowo rb. 35.000.

Z różnych stron. Prof. Gluziński zorganizował we Lwowie grono sprawozdawcze z piśmiennictwa polskiego do »Zentralblatt für die gesammte innere Medizin und ihre Grenzgebiete«, który ma wychodzić od lutego b. r. nakładem J. Springera w Berlinie. Nakładca zaprenumerował dla grona 11 pism lekarskich polskich.

— Wynik egzaminów państwowych w Instytucie lekarskim dla kobiet w Petersburgu jest następujący: z 206 słuchaczek instytutu wszystkie uzyskały dyplom lekarski, z 235 doktorek uniwersytetów zagranicznych — 142.

— Rosyjskie ministerstwo oświaty postanowiło, iż od jesieni 1912 r. od kobiet doktorów-medycyny z uniwersytetów zagranicznych wymagane będą przy składaniu egzaminów państwowych następujące świadectwa: 1) dyplom doktorski zagraniczny; 2) świadectwo z ukończenia rosyjskiego gimnazyum żeńskiego; 3) świadectwo egzaminów dodatkowych z fizyki, matematyki, rosyjskiego, łaciny i jednego z języków nowożytnych. Osoby wyznania mojżeszowego będą mogły składać te egzamina tylko w Odesie i Kijowie, a posiadające prawo zamieszkania w innych miastach uniwersyteckich mogą zdawać w tych miastach.

— XV. Międzynarodowy Zjazd higieniczno-demograficzny w Waszyngtonie odbędzie się 23—28 września 1912. Prezesem Zjazdu jest Dr Henry P. Walcott, sekretarzem głównym Dr John S. Fulton. Adres biura Zjazdu: Army Medical Museum, Washington D. C., Północna Ameryka. Kongres połączony będzie z wystawą. Wkładka członka wynosi 5 dolarów (25 franków). Językami urzędowymi kongresu są: angielski, francuski i niemiecki. Bliższych objaśnień udziela Dr J. Polak (Nowogrodzka 82 w Warszawie), członek Komisyi stałej Zjazdów higienicznych międzynarodowych.

— Studenci medycyny w Wiedniu czynią starania, by zmieniono nieco program nauczania, wprowadzony dopiero przed kilku laty, a mianowicie, by uwzględniano choroby uszne, leczenie fizyczne itp., by dozwolono składać egzamina z biologii, fizyki i chemii po dwóch półroczach i by położono większy nacisk na kliniczne nauczanie. X.

— Br. Rothschildowie ofiarowali 200.000 koron na pawilon chirurgiczny szpitala w Morawskiej Ostrawie.

— Niemiecki Związek higieny ludowej poczynił u Izb lekarskich starania, by zachęciły lekarzy do umieszczania w poczekalniach popularnych rozpraw z zakresu higieny. Ministeryum spraw wewnętrznych przyrzekło dostarczyć w tym celu 100.000 broszur. X.

— Magistrat Berlina objął w swój zarząd Towarzystwo ratunkowe i opłacać będzie sam lekarzy Pogotowia. X.

Zmarli: Dr Józef Kuć w 43 r. ż. w Krakowie; biorąc żywy udział w ruchach społeczno-politycznych w Królestwie, zmuszony był ś. p. Kuć kilkakrotnie przerywać studya; skazany na zesłanie po uwolnieniu dostawszy się do Krakowa, ukończył tu Wydział lekarski, ciężka jednak, oddawna nurtująca jego ustrój gruźlica wnet potem przecięła jego życie.

Historyk medycyny Prof. Pagel w Berlinie.

Redakcya otrzymała. Chłapowski: Znaczenie łykania powietrza jako czynnika w patogenezie nagłej rozstrzeni żołądka i zaciśnięcia ostrego dwunastnicy. »Now. lek.« 1912. — Mg. Fr. Hibl: Znaczenie, charakter i budowa lecytyn — Wł. Szumowski: 1) Żywot i nauka Paracelsa. Kraków 1909. 2) Jedenaście roczników warszawskiej »Krytyki lekarskiej«. 3) Uwagi Jana Piotra Franka o organizacyi szpitala powszechnego we Lwowie. Odb. »Tyg. lek.«. 4) Uwagi krytyczne nad »Logiką medycyny« Biegańskiego. »Przegląd filozof.« 1911. 5) Przypadki gruźlicy płuc, leczone metodą Krokiewicza. 6) Pogląd przyrodniczy, a pogląd historyczny. Odb. »Gaz. lek.«. 7) Spór o amerykańskie pochodzenie kiły. »Nowiny lek.«. — Wicherkiewicz: 1) Über meine Trichiasis- und Distichiasisoperation nebst einigen kritischen und historischen Bemerkungen. »Archiv. f. Ophthalm.« 1911. 2) Über die durch Trauma entstandene Keratitis paremchymatosa und die Rechtsfrage. »Klin. Monatsbl. f. Augenhk.« 1912. — Dłuski: O gorączce menstruacyjnej u kobiet gruźliczych. 1911. — Schlank: Płód bezgłowy, bezsercowy. »Gaz. lek.« 1911. — Beck: O prądach czynnościowych w środkowym układzie nerwowym. Odb. z »Księgi pam. Uniw. lwowsk.«. — Beck i Bikeles: 1) Über die gegenseitige funktionelle Beeinflussung von Gross- u. Kleinhirn. 2) Über die sensorische Funktion des Kleinhirnmittelstücks. Akad. Umiej. Kraków 1911. 3) Versuche über die sensorische Funktion des Kleinhirnmittelstücks. 4) Versuche über die gegenseitige Beeinflussung von Gross- u. Kleinhirn. Arch. f. ges. Physiol. 1911

Bibliografia.

Paris medical. Tegoroczny zeszyt X. ruchliwego tygodnika lekarskiego »Paris medical«, wydawanego pod redakcyą prof. Gilberta przez firmę I. B. Baillière & Fils, poświęcony jest w całości sprawie leczenia gruźlicy. Oprócz sprawozdań poglądowych za rok 1912 prof. Lereboullet, Dr Schwartza i Mathieu, zawiera on szereg artykułów o nowszych metodach leczenia, jak o sztucznej odmie piersiowej (przez Dufoura i Acharda), o zastosowaniu adrenaliny (przez Sergenta) i t. d.).

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Walne Zgromadzenie Związku lekarzy rządowych w Galicyi odbędzie się d. 23. i 24. lutego b. r. we Lwowie w Instytucie technologicznym, Boulardówka I. p. sala Nr 73, z następującym porządkiem dziennym:

W piątek 23. lutego 1912 o godzinie 10 przed południem: 1) Zagajenie. 2) Metody biologicznego odczyszczania wód ściekowych, Prof. Dr Panek. 3) O badaniu krwi pod względem sądowo-lekarskim, Prof. Dr Sieradzki. 4) Sprawozdanie co do prac przygotowawczych w sprawie kongresu w roku 1912 w Krakowie. 5) Sprawa przystąpienia Związku do Towarzystwa ogólno-austryackiego urzędników konceptowych w Wiedniu. — Popołudniu ewentualnę zwiedzenie sanatoryum Dr Soleckiego.

W sobotę dnia 24. lutego 1912 o godz. 9 rano. 6) O jaglicy pod względem klinicznym, szerzeniu się jej w Galicyi i sposobach zapobiegania, referat Prof. Dr Bednarskiego i Dr Adolfa Kuhna. 7) Śmiertelność w wieku dziecięcym w Galicyi i o sposobach zmniejszenia jej, Dr Momidłowski. 8) Wnioski członków. 9) Sprawozdanie roczne z czynności Wydziału, stanu kasy i komisyi rewizyjnej. 10) Wnioski co do wysokości wkładek na r. 1912. 11) Wybór Wydziału, delegatów na Walne Zgromadzenie i komisyi rewizyjnej.

Wydział Związku:

Sekretarz: Dr Jan Opieński. Przew. Dr Wład. Czyżewicz.

